



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Conocimiento y actitud sobre Enfermería Basada en Evidencia en
enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Internacional,
Lima 2015**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Lourdes Gabriela Quispe Ticona

**LIMA – PERÚ
2015**

DEDICATORIAS

A mis padres, María Elena
y Donato; por su apoyo,
constancia y sacrificio.

A mis hermanas, Margot y
Lucy; quienes fueron
siempre ejemplo de
integridad, perseverancia y
dedicación en lo que hacen.

.

A la persona que me
complementa, Arturo G.
quien me hace crecer, me
reta y desafía a ser mejor
no solo como profesional,
también como persona y
mujer.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi señor por las
bendiciones dadas.

A mis padres y hermanas.
dadas.

A mis asesoras quienes con su
sabiduría me ayudaron a
enriquecer el presente trabajo.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

Lista de tablas

Lista de gráficos

Resumen

Presentación

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 . Situación problemática	12
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	16
1.4.1. Objetivo general	16
1.4.2. Objetivos específicos	16

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Definición operacional de términos	44
2.4. Planteamiento de la hipótesis	45

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación	46
3.2. Lugar de estudio	46
3.3. Población de estudio	48
3.4. Unidad de análisis	48
3.5. Criterios de selección	48
3.5.1 Criterios de inclusión	48
3.5.2 Criterios de exclusión	48
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49

3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información.	51
--	----

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	52
4.2. Discusión	58

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	62
5.2. Limitaciones	63
5.3. Recomendaciones	63

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA	36
TABLA N°2: CALIFICACIÓN DE VARIABLE: CONOCIMIENTOS SOBRE EBE	50
TABLA N° 3: : CALIFICACIÓN DE VARIABLE: ACTITUD FRENTE A EBE	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Conocimiento sobre Enfermería Basada en Evidencia en enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos Clínica internacional, Lima – 2015	53
Gráfico N° 2: Conocimiento según dimensiones sobre Enfermería Basada en Evidencia en enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos Clínica internacional, Lima – 2015	54
Gráfico N° 3: Conocimiento sobre Enfermería Basada en Evidencia según indicadores por dimensiones, en enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos Clínica internacional, Lima – 2015	55
Gráfico N° 4: Actitud frente a Enfermería Basada en Evidencia en enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Internacional, Lima – 2015	56
Gráfico N° 5: Actitud según dimensiones frente a Enfermería Basada en Evidencia en enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Internacional, Lima – 2015	57
Gráfico N° 6: Actitud frente a Enfermería Basada en Evidencia según indicadores por dimensiones, en enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos Clínica internacional, lima - 2015	58

RESUMEN

CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA EN ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA - 2015”

Autora: Lic. Lourdes Gabriela Quispe Ticona

Asesora: Dra. Tula Espinoza Moreno

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) es una herramienta importante que permite brindar cuidados eficaces, oportunos y eficientes; teniendo en cuenta el conocimiento científico para formularlos sumado a la experiencia o intuición del enfermera que brinda el cuidado. Sin embargo la realidad de la EBE en nuestro país es incierta, haciéndose necesario saber cuáles son los conocimientos y la actitud frente a la Enfermería Basada en Evidencia en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional. **Objetivos:** Determinar los conocimientos y actitudes sobre EBE en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional Sede Lima y San Borja, Lima – Perú 2015. **Material y métodos:** Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. En una población de 47 enfermeros(as) que laboran en la UCI de Clínica Internacional, se aplicó mediante técnica de encuesta, un cuestionario validado. **Resultados:** El 63.8% de enfermeros desconocen sobre EBE y el 68.1% tienen una actitud indiferente. **Conclusiones:** La mayoría de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional desconocen sobre EBE y tienen una actitud indiferente frente a la misma.

PALABRAS CLAVE. Enfermería Basada en la Evidencia, Conocimiento sobre EBE, Actitud hacia EBE

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT EVIDENCE-BASED NURSING IN NURSES AT THE INTENSIVE CARE UNIT CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA – 2015

Author: Licentiate Lourdes Gabriela Quispe Ticona

Adviser: Dr. Tula Espinoza Moreno

Evidence-Based Nursing (EBN) is an important tool that allows us to provide effective, appropriate and efficient care; taking into account the scientific knowledge to formulate them and not only the care provider's experience or intuition. EBN's reality in our country is little known, it has become necessary to learn about the situation of the EBN among nurses in our locality, that is why the following question is drawn: Which is the Knowledge and attitude regarding Evidence-Based Nursing of nurses at the Intensive Care Unit at Clinica Internacional? **Objectives:** Determine the knowledge and attitudes about EBN in nurses at the Intensive Care Unit at Clinica Internacional located in Lima and San Borja, Lima – Peru 2015. **Material and Methods:** It is a cross-sectional study with a descriptive type. The population included 47 nurses that work at the Intensive Care Unit at Clinica Internacional. The technique used was survey. **Results:** The 63.8% nurses are unaware of EBN and the 68.1% have an indifferent attitude towards it. **Conclusions:** The majority of nurses at the Intensive Care Unit at Clinica Internacional do not know about EBN and have an indifferent attitude as well.

Key words: Evidence-Based Nursing, Knowledge about EBN, Attitude towards EBN

PRESENTACIÓN

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) se muestra como una herramienta que ayuda a brindar cuidados científicos, pertinentes, eficaces y eficientes en costo y tiempo, con el fin de favorecer la recuperación de la salud de las personas. Esta concepción que aparece en la década de los noventa, viene tomando fuerza, ya que la enfermería a nivel mundial asume y adopta su metodología para mantener los cuidados brindados encaminados en ciencia, y no solo de cuidados fundados en la experiencia y/o intuición. En Perú, el Colegio de Enfermeros del Perú considera a la EBE como parte inherente y esencial en el trabajo de enfermería, por ello crea en el 2012 la Red de Enfermería Basada en la Evidencia para apoyar esta concepción y divulgar entre los miembros la práctica de la EBE en el quehacer del trabajo del enfermero peruano.

Son pocos los estudios que pretenden dilucidar la realidad de la EBE en nuestro medio, si los enfermeros la conocen, si la practican, que opinión y actitudes les merece. Es por ello que, teniendo en cuenta la importancia de la EBE en nuestros cuidados y por el poco terreno explorado sobre EBE en Perú, es que se formularon las siguientes preguntas: ¿Conocen los enfermeros la Enfermería Basada en la Evidencia y qué actitud les merece?

El objetivo que se pretendió alcanzar fue determinar los conocimientos y actitudes frente a EBE de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional. El propósito de este estudio fue dar a conocer la situación de la EBE en nuestro medio, para así proponer estrategias que favorezcan la integración de la misma a la práctica de los profesionales de enfermería para que de este modo mejore la calidad de atención, brindando cuidados basados en la evidencia científica actual.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA :

El avance de la medicina y el progreso tecnológico han permitido desarrollar unidades de cuidados intensivos de alta complejidad tecnológica y humanística cuyo objetivo es la recuperación de personas cuyo estado de salud se encuentra severamente deteriorado (Valladares, 2008). El profesional de enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, proporciona cuidados a personas en estado crítico, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la Enfermería Basada en la Evidencia científica (EBE), práctica que, en las últimas décadas, viene incorporándose en nuestra disciplina. (Fernández, 2005)

La EBE está definida como: “El proceso por el cual las enfermeras (os) toman decisiones clínicas, usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles” (Coello, et al., 2004)

La EBE surge como consecuencia del nacimiento de la Medicina Basada en Evidencia (MBE). La MBE es una de las expresiones de un antiguo movimiento de mejora de la calidad clínica, que se vio potenciado por la demostración de la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica. En la década de los noventa la profesión de enfermería decide tomar las mismas concepciones, al parecer por los similares motivos: amplia gama de cuidados y falta de toma de decisiones basado en la ciencia. La EBE se

desarrolla posteriormente en los países de habla inglesa, tomando inicialmente el marco conceptual positivista de la medicina (Alcolea, 2011). Ambas concepciones buscan mejorar la calidad en términos de costo/beneficio y eficacia/eficiencia de los cuidados brindados a las personas utilizando las mejores evidencias científicas para basar la práctica en salud.

En búsqueda de formalizar esta nueva práctica, surgen en países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y España; centros, instituciones y organizaciones que buscan unir las investigaciones con la práctica de enfermería. Se realizaron estudios diversos sobre cómo definir y adaptar los conocimientos que impartía la MBE a la EBE, estudios de reconocimiento, implementación de estrategias de EBE al campo de enfermería; así como las barreras que los profesionales perciben para aplicar la EBE. (Mendigurre, 2012)

En el 2002 en Granada España se realiza la I Reunión sobre EBE donde aportan una definición que complementa la visión positivista de las definiciones anteriores (Galindo, 2010)

“Uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la MBE, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”. (Consejo Internacional de Enfermeras, 2009)

En Latino América, en países como Colombia, Brasil, Chile, Brasil se vienen realizando estudios y congresos para consolidar el marco teórico y práctico de la EBE y poder adaptarlo en la práctica de enfermería, así como difundir esta nueva concepción con el único fin de brindar cuidado efectivo/eficaz de enfermería. (Mercado, 2009)

En Perú, el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), creó en el año 2012 la Red de Enfermería basada en la Evidencia cuyo objetivo es promover un cuidado enfermero con base en la evidencia emanada de la

investigación y la experiencia profesional sistematizada y de esta manera garantizar cuidados de enfermería de calidad en los individuos y colectivos humano. (Mendigurre, 2012). La práctica de EBE es considerada por el CEP como una cualidad inherente al cuidado del enfermero peruano según refiere la Vocal III del CEP Lic. Vivas en el año 2014.

La EBE tiene como principal herramienta a la investigación. Sin embargo en América Latina y como sucede en nuestro país; la investigación en enfermería es aún incipiente y con baja producción científica e intelectual, sin la inversión suficiente y con el agravante que la escasa producción es poco conocida por la comunidad científica, por la ciudadanía y por la misma profesión, debido a que su sistematización y difusión es precaria, pobremente utilizada y validada (Aguirre, 2011). Otra limitación es que se ha mitificado la práctica de la EBE como una metodología en la que el requisito principal es ser "expertos en investigación" (Galindo 2010).

En el Perú, el estudio realizado por Mercado (2009) en un hospital de Lima concluye que las enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos tienen un nivel de conocimientos sobre EBE entre bajo a medio; sin embargo muestran una actitud favorable a la aplicación de la EBE. Otro estudio es el realizado por Huihua (2003) en centros de salud de Lima Metropolitana determina que el primer facilitador para la práctica de la EBE fue la motivación del personal y la primera barrera fue que la enfermera no se siente con suficiente autoridad y autonomía para cambiar los cuidados derivados de la investigación.

Aun así son pocos los estudios actualizados que existen sobre este tema en nuestro medio, que permitan diagnosticar y delimitar un potencial problema que relegaría la enfermería en el Perú respecto al crecimiento y auge de la EBE en otros países. No habiendo mayor evidencia para demostrar ello es que me lleva me lleva a plantearme las siguientes interrogantes: ¿Conocen las enfermeras (os) la EBE? ¿Cuál es la actitud que tienen sobre la EBE?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Lo expuesto anteriormente me lleva a formular el siguiente problema:
¿Cuáles son los conocimientos y la actitud sobre enfermería basada en la evidencia en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional, Lima – 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN/IMPORTANCIA:

La práctica de la enfermería basada en la evidencia es un imperativo para asegurar una atención de calidad y es a la vez un distintivo de la enfermería profesional en cualquier especialidad (Consejo Internacional de Enfermería, 2009).

Las enfermeras (os) intensivistas deben ser capaces no sólo de brindar cuidados basados en experiencia ni en la intuición sino además deben integrar a su práctica diaria cuidados basados en la evidencia científica, reforzando los principios de decisión clínica mediante preguntas clínicamente importantes, interpretación de literatura científica y la aplicación de principios de bioestadística y epidemiología clínica al cuidado de la persona. Así mismo si hacen uso de la EBE poder incorporarlo y evidenciarlo en el plan de cuidados de enfermería.

Según Alcolea, et al., (2011), cuando falte evidencia o ésta sea débil, las enfermeras (os) deben ser capaces de generar el conocimiento necesario para suplir esta falencia y brindar cuidados fundamentados a la persona en estado crítico.

Al surgir la EBE como un indicador de la calidad de cuidados de salud, se hace importante determinar qué actitud y aspectos cognitivos tienen las enfermeras (os) en las unidades críticas sobre la EBE, contrastando los resultados con estudios existentes y ser antecedente de otras investigaciones que puedan profundizar en este tema de modo que nos

permita identificar y abordar las necesidades de conocimiento y práctica con el fin de fortalecer a la profesión.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos y actitudes sobre Enfermería Basada en Evidencia en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional Sede Lima y San Borja, Lima – Perú 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos sobre definición, importancia, beneficios y fases de la Enfermería Basada en la Evidencia en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos la Clínica Internacional Sede Lima y San Borja, Lima – Perú 2015.
- Identificar la actitud frente a la importancia, fases y aplicabilidad de Enfermería Basada en la Evidencia en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos la Clínica Internacional Sede Lima y San Borja, Lima – Perú 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES:

2.1.1 INTERNACIONALES:

GÓMES, R; y cols. (2012) Portugal. Ejecutaron la investigación: ***“Actitudes y barreras en la práctica de enfermería basada en la evidencia en el contexto comunitario”*** cuyos principales objetivos eran identificar las barreras percibidas ante la adopción de una práctica de enfermería basada en la evidencia en un contexto comunitario y describir las actitudes de las enfermeras en relación a la práctica basada en la evidencia. Fue un estudio transversal, exploratorio y descriptivo, la población estuvo conformada por 129 enfermeros. La técnica utilizada fue la encuesta y instrumento fue el Cuestionario de Actitudes Práctica Basada en la Evidencia. Concluyeron lo siguiente:

“Las barreras identificadas son de diversas etiologías: personal, organizacional, cultural y científica”.

BROWN, C; y cols. (2009) Estados Unidos. Llevaron a cabo la investigación: ***“Práctica, conocimientos y actitudes de enfermería y barreras percibidas hacia la Práctica basada en la evidencia en un centro médico académico”***. Tuvo como objetivo principal describir las prácticas, conocimientos y actitudes relacionadas a la práctica basada en la evidencia y establecer la relación con las barreras y facilitadores de la práctica basada en

evidencia. Utilizaron el método descriptivo de corte transversal con una muestra de 408 enfermeras en un centro médico de California. Utilizaron la técnica de encuesta y el instrumento: Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) desarrollado por Upton & Upton (2006). Como conclusiones obtuvieron:

“La barrera organizacional fue la más significativa y dentro de los facilitadores se encontraban oportunidades de aprendizaje y fuentes accesibles y se encontró una relación estadísticamente importante entre las barreras y la práctica, conocimientos y actitudes de las enfermeras”

SHERRIFF K, y cols. (2007) Australia. Desarrollaron el trabajo: **“Las actitudes de las enfermeras y percepciones ante los conocimientos y habilidades con respecto a la práctica basada en la evidencia”** El estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de un programa educativo de enfermería basada en la evidencia (EBP) sobre las actitudes y percepciones de los conocimientos y habilidades de las enfermeras registradas, hacia EBP. El estudio se llevó a cabo mediante un diseño de series de tiempo casi experimental. Los participantes fueron 320 enfermeras clínicas en los roles educativos y de liderazgo dentro de un Distrito de Servicios de Salud en Queensland. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario auto-administrado. La conclusión del estudio fue:

“La creencia de las enfermeras en el valor de EBP para la práctica era alta antes del programa y no cambió posteriormente. Hubo una mejoría después de la intervención en las actitudes de las enfermeras así como en las percepciones de sus conocimientos y habilidades en evaluación de los informes de investigación”.

LEHMAN, K. (2007) Estados Unidos. Llevó a cabo el estudio: **“Percepción de las enfermeras de la práctica basada en la evidencia”** El objetivo de este estudio descriptivo fue de examinar el entendimiento, conocimiento, práctica y actitudes del enfermeras del hospital Midwestern. Utilizó el método descriptivo de corte

transversal con una muestra de 422 enfermeras. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento utilizó el cuestionario de EBP. Como conclusión se obtuvo:

“La mayoría de enfermeras tenía una actitud positiva a la EBE y que las enfermeras con mayor grados académicos tenían mayor conocimiento sobre EBE que las diplomadas, aunque las ultimas tenían mejor actitud hacia la EBE”.

2.1.2 NACIONALES:

MERCADO, G (2009) Perú. Realizó el estudio titulado:

“Conocimientos y actitudes hacia la práctica de enfermería basada en la evidencia según las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Cayetano Heredia, 2009”

El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la práctica de enfermería basada en la evidencia. El estudio es de nivel cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 enfermeras asistenciales que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos de Medicina, Cirugía y Emergencia. Utilizó como técnica la encuesta y un cuestionario. Los resultados obtenidos fueron:

“El nivel de conocimientos sobre la práctica Basada en la Evidencia se ubica en el nivel medio seguido de nivel bajo, por otro lado la actitud favorable obtiene un mayor porcentaje. Las conclusiones fueron: aun no existe una integración entre el conocimiento y práctica, se toma individualmente cada componente, basando el cuidado en un saber práctico sin un componente teórico que guía esta práctica”.

HUIHUA, S (2003) Ejecutó el estudio titulado: ***“Enfermería basada en evidencias en los centros de salud de Lima Metropolitana: facilitadores y barreras”*** El principal objetivo fue determinar los facilitadores y las barreras para la aplicación de la EBE además

identificar las áreas críticas para fortalecer estrategias de mejoramiento. Fue una investigación cuantitativa de tipo descriptivo – transversal. La muestra estuvo conformada por 52 enfermeras de los diferentes Centros de Salud de Lima Metropolitana, a las cuales se les aplicó un cuestionario. Se concluyó lo siguiente:

“El primer facilitador para la EBE fue la motivación del personal y la primera barrera fue que la enfermera no se siente con suficiente autoridad y autonomía para cambiar los cuidados derivados de la investigación, además y dentro de las áreas críticas está la ideología de la enfermera”

2.2 BASE TEÓRICA:

A. COGNICIÓN:

a) Definición:

Según Mayorca (2009) se denomina cognición a la capacidad de pensar y razonar. Se incluyen en la cognición la capacidad para recibir, recordar, comprender, organizar y usar la información recogida por los sentidos. Por todo ello, los aspectos cognitivos incluyen la memoria, la atención, la percepción, la acción, y la habilidad para resolver problemas. Los aspectos cognitivos son definidos como información adquirida por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales que tienen las personas. (Valladares, 2008)

Mario Bunge (1992) define al conocimiento como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento vulgar y conocimiento científico. El primero identifica como conocimiento racional, analítico, objetivo y sistemático verificable a

través de la experiencia, y el conocimiento vulgar como vago inexacto y limitado a la observación sin comprobación científica.

b) Características del conocimiento:

- Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- Fáctico: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos
- Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.
- Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.
- General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.
- Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.

c) Generación formal del conocimiento:

El conocimiento desde el punto de vista formal puede ser generado de diversas formas. Una forma sistemática de generar conocimiento humano tiene las siguientes etapas: (Cassirer, 1999)

- Investigación básica (ciencias). Publicación de aportes predominantemente a través de memorias de congresos y de artículos especializados.
- Investigación aplicada o de análisis (tecnología, humanidades, etc.). Publicación de aportes igual que en ciencias básicas.

Estas dos primeras etapas pueden interactuar y ciclarse ya que puede existir un artículo con un aporte muy pequeño y luego uno que reúna los aportes de dos o más artículos. La investigación aplicada se basa en el conocimiento de las ciencias básicas pero también en cualquier manifestación de conocimiento. La investigación aplicada puede generar más conocimiento aunque la investigación básica no lo haga, sin embargo, nuevas aportaciones en ciencias básicas conllevan un gran cúmulo de nuevas potencialidades para la generación de conocimiento aplicado.

- Libros científicos o técnicos. Un libro científico o técnico se hace agrupando, catalogando y resumiendo el conocimiento existente en un determinado tema. Un libro actualizado deberá incluir los últimos aportes que sobre el tema que trate hayan sido generados.
- Divulgación. Partiendo del conocimiento existente o del flamante son publicados diversos artículos en revistas o libros de divulgación con la intención de que el conocimiento sea explicado a la población en general (no especializada). Es en esta etapa cuando el conocimiento llega a la población de forma masiva. También puede llegar a través de los medios de comunicación electrónicos.

Cuando Mario Bunge (1992) refiere: “Que una de las características del conocimiento científico es que sus enunciados tienen la facultad de ser verificables con la experiencia y que sólo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a ciertos hechos materiales es adecuada o no”. (20) Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta de las personas y sus actitudes frente a situaciones de su vida.

d) Conocimiento y enfermería: (Cassirer, 1999)

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano

creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes. En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrá interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia.

Estos conocimientos fundamentan su saber y les permite enfrentar los diversos problemas clínicos además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo a las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los

conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento.

B. ACTITUD:

a) Definición: Frente a las diversas situaciones que se presentan en el quehacer del enfermero (a), desarrollamos un conjunto de acciones que se exhiben en manifestaciones en nuestro comportamiento, evidenciándose frecuentemente de manera directa o indirecta las actitudes que se poseen. A menudo las definiciones que existen sobre actitudes la definen como una predisposición de las personas para reaccionar frente a las circunstancias en las cuales se desenvuelven que pueden orientar y dirigir su comportamiento.

Kerlinger refiere: La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente. En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo. (Mercado, 2009)

La actitud es definida como una predisposición u organización relativamente estable, permanente o duradera de creencias.

Allport G. (1935) define actitud como “un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”. Operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta.

También puede considerarse como cierta forma de motivación social, de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

Las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana, más específicamente la acción del personal sanitario o al menos pronosticar con certeza la dirección de su comportamiento. Teniendo en cuenta los argumentos anteriores es evidente que para prestar un cuidado basado en evidencia, es necesaria una formación específica en enfermería sobre la EBE, desde el nivel pregrado para que se vaya familiarizando con los términos y sobre todo con su ejercicio. El conocer las actitudes de las enfermeras sobre EBE reviste gran importancia por la disposición que genera las actitudes sobre su comportamiento.

b) Características de la actitud. Según Mercado, (2009) tenemos:

- **Adquiridas:** Se van aprendiendo en la medida que el sujeto se socializa, va procesando la estimulación precedente del medio y configuran en base a su relación con lo demás. Una serie de actitudes que pueden ser aprendidas tanto en función a la imitación, como del entrenamiento.
- **Socialmente condicionadas:** Corresponden a modalidades específicas de interrelación que se establecen entre los miembros de un determinado grupo social. Tanto más, algunas actitudes tendrán vigencia en un contexto y no necesariamente en otro, pudiendo establecerse una jerarquización de actitudes que dependerán de las condiciones *sui generis* de cada grupo social.
- **Relativamente permanentes:** Al ser adquiridas por la vía del aprendizaje social, las actitudes una vez formadas tienden a fijarse en el individuo de manera más o menos estable, integrándose en su psiquis.

- **Cualidad direccional:** En este sentido participan como elementos motivacionales con una carga afectiva dirigida hacia el objeto de actitud el cual entonces es valorado en forma positiva o negativa por el sujeto. En base a esta cualidad el individuo se ve impulsado hacia la acción concreta a favor o en contra del objeto.
- **Forman un patrón evaluativo:** son elementos que sirven de marco de referencia para nuestra percepción de la realidad, implicando formación de categorías que pueden ser muy complejas y que se ponen en evidencia ante las distintas situaciones sociales en que intervenimos

c) Componentes de la actitud:

Rodríguez (1991) distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** Las creencias opiniones y en general los conocimientos o ideas que tenemos sobre los objetos sociales son elementos que se incluyen en esta definición. Se considera componente cognoscitivo lo que pensamos acerca de un individuo, grupo, producto cultural o institución y que forma parte de nuestra actitud ante ellos. No es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud, ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos poco reales o erróneos.

Para que exista una actitud entonces, es necesario que exista una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.

- **Componente afectivo:** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo. Toda actitud

comporta una carga emocional a favor o en contra. de un objeto social, vale decir el establecimiento de parámetros de evaluación afectiva del objeto social, que son propios de cada sujeto. Desde luego el afecto no es necesariamente polarizado, sino que puede encontrarse en un continuum que va de lo positivo a lo negativo, incluyendo una serie de posiciones intermedias de evaluación.

- **Componente conductual:** Cualquier actitud contiene una predisposición hacia la acción, hacia la manifestación de lo conocido y sentido con respecto al objeto social. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

Esto se debe a que la manifestación de las actitudes no depende solamente del afecto y el conocimiento que se tenga del objeto son en gran medida de los factores contextuales y de la percepción de la situación misma por el individuo.

La expresión de comportamiento de una actitud ante el objetos social estará también condicionada por otras características psicológicas del individuo tales como su escala de valores, su estado motivacional; etc.

d) Dimensiones de las actitudes:

Cabe considerar igualmente que en toda actitud es factible encontrar dos dimensiones que se presentan en la práctica simultáneamente:

- **Dirección:** Es la orientación que posee la actitud en un continuum de aprobación-desaprobación, conformidad-disconformidad o acuerdo-desacuerdo, al que definieron anteriormente como sistema individual de aceptación o rechazo.
- **Intensidad:** es el nivel de polarización que alcanza la actitud en el continuum, constituye la fuerza emocional de la misma por tanto se puede decir que la intensidad de una actitud se expresa en el grado de aceptación o rechazo de un objeto o situación.

C. ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA:

a) Definición:

Se define como: “La enfermería basada en la evidencia es el uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico”. (I Reunión sobre la Enfermería Basada en la Evidencia, 2002)

Ingersoll (2000) define la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia como: “la utilización consciente, explícita y juiciosa (crítica) de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales”.

b) Evolución:

La concepción de la EBE se inicia dentro de la práctica médica. En 1991 se empleó por primera vez la expresión Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y en 1996, David Sackett, uno de sus más destacados promotores, la definió como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente. (Rosenberg, 2005)

c) Importancia de la EBE:

- Es un instrumento útil porque da respuesta a preguntas sobre el cuidado ideal de nuestros pacientes.
- Conecta sistemáticamente teoría-acción.
- Aporta instrumentos de evaluación, difusión e implementación de resultados de investigación.
- Disminuye la variabilidad clínica y de resultados en materia de Salud, compatibiliza modelos enfermeros, PAE, investigación y evidencia.

- Al ratificar la experiencia clínica de cada profesional, constituye un medio a través del cual se puede mejorar la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.
- Contribuye a aumentar el cuerpo de conocimientos propio, lo que garantiza el desarrollo de la enfermería como profesión.
- La EBE tiene en cuenta los valores y preferencias de los pacientes ya que no puede ser establecida sin tener en cuenta la cultura y la sociedad en la que está inmerso el paciente.

d) Beneficios de la EBE:

- Permite brindar atención de enfermería efectiva y de calidad.
- La práctica basada en la investigación nos brinda mayor seguridad en el cuidado que dispensamos.
- Incrementa la satisfacción laboral.
- Incrementa la comunicación efectiva.
- Favorece la capacitación continua.

e) Fases de la EBE:

La aplicación de la EBE se desarrolla en cinco fases integradas dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente/enfermera. (Coello, 2004)

Imagen 1. Fases de la EBE



1. Formulación de preguntas

En nuestra práctica diaria, las enfermeras realizamos un gran número de actividades: recogemos información de los pacientes, valoramos sus problemas y la alteración de sus necesidades, establecemos objetivos, planificamos cuidados, realizamos las intervenciones que responden a los objetivos y a la planificación de los cuidados, aplicamos tratamientos y, finalmente, evaluamos la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería y su evolución hacia la consecución de los objetivos establecidos.

Pero... ¿estamos realmente seguros/as de haber actuado de la mejor manera?, ¿hemos tenido tiempo para reflexionar sobre si existían otras alternativas?, ¿sabemos si hay mejores formas de hacer nuestro trabajo? En la mayoría de ocasiones se genera la duda o identificamos lagunas de conocimientos. (Roberts, 1999)

Es en este momento cuando debemos transformar esta incertidumbre en una pregunta claramente definida con la finalidad de localizar la información que nos permita dar respuesta a nuestras dudas y garantizar así la calidad de los cuidados que dispensamos a los pacientes.

1.1 Momentos para realizar la pregunta clínica:

Para poder empezar el camino de identificar nuestras incertidumbres, contamos con varias señales de alerta que debemos detectar y que deberían activar nuestra reflexión sobre la práctica: (Coello, 2004)

- Cuando vemos que otros colegas utilizan enfoques diferentes al nuestro.
- Cualquier signo o indicio de que nuestra práctica no es tan efectiva como suponemos (la insatisfacción de un paciente, las preguntas que no sabemos cómo responder o los resultados de un estudio de evaluación).
- Cuando leemos artículos publicados que sugieren que en otros lugares la práctica se ha modificado.

1.2 Componentes de la pregunta estructurada

Las preguntas clínicas bien construidas han de contener los siguientes elementos:

- **Definición del problema o paciente:**

El problema de salud puede ser:

- Un paciente concreto (úlceras diabéticas en paciente adolescente con diabetes tipo 1).
- Un grupo de pacientes (hipertensos, obesos, cardiopatas).
- Una condición o problema de salud (consumo de opiáceos).
- Usuarios que comparten una característica sociodemográfica. (población inmigrante, personas jubiladas).
- Un aspecto de la atención sanitaria (actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas en Atención Primaria, los vendajes de fortuna en emergencias).

Debemos estar seguros de que enfocamos correctamente la situación a la que queremos dar respuesta, es decir, debemos identificar a los pacientes y la condición de interés que queremos estudiar (la patología o el problema de salud).

- **Intervención de comparación:**

Definir de forma clara la intervención es igualmente importante. Hay que tener en cuenta que las intervenciones terapéuticas no son únicamente farmacológicas, sino que pueden ser también psicológicas, educativas, organizativas, etc.

Las intervenciones se pueden presentar bajo diversas formas; reconocer estas formas ayuda a desarrollar la estrategia de búsqueda. Las intervenciones se pueden clasificar en: terapéuticas, preventivas, diagnósticas y las relacionadas con la gestión y los costes.

Por tanto, debemos entender la intervención (o exposición) en un sentido más amplio que el de simple tratamiento.

- **Resultados:**

El último componente clave de la pregunta bien estructurada lo constituyen las variables de resultados, que son importantes para

contestar de manera satisfactoria a la pregunta que nos hemos planteado.

Los resultados deben ser relevantes desde el punto de vista clínico, económico o social y se deben definir y especificar claramente para poder ser medidos sin confusión y con precisión. Las preguntas pueden plantearse en diferentes ámbitos y la necesidad de conocimiento puede surgir de intervenciones educativas, procesos diagnósticos, pronóstico, prevención, tratamiento, efectos adversos, hábitos de salud, calidad de vida, recursos económicos y conocimiento de la propia disciplina.

2. Localización de la evidencia

Para poder practicar una Enfermería Basada en la Evidencia, uno de los elementos necesarios es, obviamente, la disponibilidad de evidencias para la toma de decisiones fundamentadas. Las pruebas o evidencias se presentan generalmente en forma de artículo científico. Por ello, podemos decir que uno de los pilares básicos de la EBE es poder identificar y acceder a dichos artículos. (De Groote, 2003). Por esta razón, la búsqueda de información es uno de los apartados que ha recibido mayor atención dentro del movimiento de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) y quizás sea una de las etapas mejor resueltas. Hay que señalar que estas posibilidades pueden darse gracias, en gran parte, a los enormes avances en los sistemas de almacenamiento y consulta de la información, herramientas muy diferentes de las monocromáticas y aburridas bases de datos antiguas.

Si el acceso a las fuentes tradicionales de consulta como libros, revistas en formato papel, monografías, etc. siguen siendo útiles, la forma de acceder a ellas está cambiando y un número destacable de publicaciones se presentan ahora en formato electrónico.

Actualmente, todo profesional de la salud que quiere desarrollar una búsqueda de información (una búsqueda bibliográfica) sabe que debe

consultar alguna fuente electrónica. Sin embargo, a pesar de la necesidad innegable de tener que consultar las distintas fuentes de información disponibles, muchas veces se encuentra con problemas que a menudo le hace desistir o llegar a la conclusión atrevida de que no hay datos sobre el tema que consulta. Sin embargo, teniendo en cuenta que podemos consultar una base de datos con más de 11 millones de referencias como *Medline*, las posibilidades de no encontrar información sobre el tema que estemos buscando son realmente muy bajas. Por lo tanto, más que de escasez de información, el mayor problema de las bases de datos, y en general de la sociedad actual, es el del exceso de información. (Helmer, 2001)

2.1 Fuentes de información:

Se denominan fuentes de información a los distintos materiales que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. La clasificación principal de las fuentes es por el tipo de contenido de cada una, con independencia del formato o medio físico (papel, electrónico) en que se presentan.

En información biomédica se ha tomado también la definición de fuentes de información primaria y secundaria.

Como fuente de información primaria podemos considerar los artículos originales de revistas. Una fuente de información secundaria es aquella que recopila información de una o más fuentes primarias y la procesa para poder acceder mejor a ella o comprenderla mejor, mediante procesos como la lectura crítica y la síntesis de la información. (Slawson, 1997)

Siendo entonces la localización de evidencia la siguiente fase de la EBE, hay que elegir qué base de datos vamos a consultar para responder a nuestra pregunta. Actualmente la información es tan numerosa que se ha convertido en excesiva para poder dominarla y gestionarla con las herramientas disponibles. Es una de las razones que han motivado la aparición de documentos de

síntesis, que permiten un acceso rápido a todo el volumen de información disponible sobre un determinado aspecto de salud. Por ello, es razonable pensar que las primeras fuentes a consultar serían aquéllas que ofrezcan documentos de síntesis, elaborados mediante un proceso explícito, reproducible y con las máximas garantías de haber recopilado información fiable. Este tipo de documentos son, por ejemplo, las revisiones sistemáticas de la evidencia científica. Por lo tanto, un primer paso lógico sería dirigirnos a fuentes como la *Cochrane Library Plus*, en la que se publican revisiones sistemáticas de calidad y actualizadas periódicamente. (Sobrido, 2000)

Las bases de datos bibliográficas más conocidas, como *Medline* y *Embase Cinahl*, recogen un gran volumen de información de enfermería y de otras áreas de las ciencias de la salud y el conocimiento. Son bases de datos de obligatoria consulta cuando la búsqueda en las bases de datos secundarias no ha dado el resultado esperado.

3. Lectura crítica e interpretación de la evidencia:

Siguiendo el desarrollo de las cinco etapas que constituyen el proceso de la EBE, y tras la localización de la mejor evidencia disponible que responde a la pregunta que nos hemos formulado, el siguiente paso es su análisis crítico. La lectura crítica es el proceso sistemático desarrollado para evaluar el diseño y la metodología del estudio, la calidad de los datos y analizar e interpretar los resultados. Este análisis nos permite establecer la validez y el significado de los resultados y su relevancia para nuestra práctica. (Helmer, 2001)

Es evidente que no podemos “dar por bueno” todo aquello que leemos por el solo hecho de ser recogido en un artículo con una estructura metodológica “científica” y haber sido publicado en una revista o estar incluido en una base de datos bibliográfica. Si queremos ser honestos con nuestras propias elecciones para la toma de decisiones sobre el

cuidado de nuestros pacientes, debemos plantearnos y preguntarnos sobre la efectividad, la idoneidad y la aplicabilidad de los resultados que los diferentes artículos escogidos nos ofrecen.

Cada una de las fuentes de información posibles (revisión sistemática, guía de práctica clínica, editoriales y artículos de revistas) puede tener su valor. Los problemas surgen cuando, como ocurre a menudo, diversas fuentes proporcionan diversas sugerencias respecto a los cuidados de los pacientes. Sin una manera crítica de valorar la información que recibimos, es difícil decidir qué debemos incorporar en nuestra práctica. (Greenhalgh, 1997)

3.1 Calidad de la evidencia:

A partir de los artículos seleccionados, debemos iniciar la lectura con el título y el resumen. Esto nos permitirá analizar el tipo de diseño de cada investigación y seleccionar aquellos que cumplan los criterios de inclusión (es decir, que responden a la pregunta de investigación planteada). A partir del texto completo se debe analizar de forma detallada la metodología y los resultados que aportan, realizar una síntesis crítica de estos resultados y finalmente dar una utilidad práctica a esta síntesis. (Gálvez, 1999) Este proceso, aparentemente tan complejo, puede verse facilitado si nos guiamos por alguna de las listas de preguntas de comprobación que ofrecen los recursos de lectura crítica antes citados y que sirven para analizar la calidad de los artículos. Las preguntas permiten establecer la validez y el significado de los resultados y su relevancia para nuestra práctica.

Existen diferentes escalas de jerarquización de la calidad de las evidencias científicas como la *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, (1979) publicó este sistema de evaluación de la calidad de la evidencia científica, que definía tres niveles de evidencia ordenados en orden decreciente según la calidad del estudio. La Tabla 1 muestra los distintos niveles:

Tabla N° 1: Niveles de evidencia científica

NIVEL I	Evidencia obtenida al menos de un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma adecuada
NIVEL II.1	Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados no aleatorizados y bien diseñados
NIVEL II.2	Evidencia obtenida a partir de estudios cohorte o caso control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por más de un grupo de investigación.
NIVEL II.3	Evidencia obtenida mediante estudios comparativos de tiempo o lugar, con o sin intervención.
NIVEL III	Opiniones basadas en experiencias clínicas estudios descriptivos o informes de comités de expertos

FUENTE: CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION

3.2 Revisiones sistemáticas

La revisión sistemática es una forma de investigación que tiene como objetivo agrupar y resumir, de acuerdo a unos criterios explícitos y reproducibles, el máximo número de estudios disponibles que tratan de responder una misma cuestión. Cuando la revisión utiliza técnicas estadísticas de síntesis cuantitativa, se habla de meta-análisis. Siguiendo una metodología científica que busca minimizar los sesgos, la revisión sistemática trata de llevar a cabo una búsqueda exhaustiva de todos (o del mayor número posible) los estudios relacionados con un tema concreto de interés, realiza una valoración crítica de los mismos y una síntesis e interpretación, si es posible de manera conjunta o combinada (meta-análisis), de los resultados de los distintos estudios.

(Mulrow, 1994) El objetivo último de las revisiones sistemáticas es apoyar la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes con el propósito de contribuir a la mejora de la atención sanitaria.

– **Ventajas de las revisiones sistemáticas**

- Explicar los métodos para la búsqueda y los criterios para la selección, limitar los sesgos de selección que pueden introducirse en la identificación y selección de determinados estudios para la revisión, lo que conlleva conclusiones más fiables y precisas.
- Los profesionales de la salud, investigadores y gestores sanitarios pueden asimilar rápidamente grandes cantidades de información.
- Pueden ayudar a reducir el retraso entre la publicación de los resultados y la implementación en la práctica clínica.
- Los resultados de los diferentes estudios individuales pueden compararse formalmente entre sí para establecer la validez externa de los hallazgos (grado en que éstos pueden ser extrapolados) y la homogeneidad (consistencia en los resultados) de la investigación realizada hasta el momento.

3.3 Lectura crítica de una revisión sistemática

Al igual que con cualquier artículo que nos llegue a las manos, con las revisiones sistemáticas también debemos hacer una lectura crítica de sus resultados. Hay revisiones sistemáticas buenas y malas; por el simple hecho de ser exhibidas como tales (incluso cuando realizan un meta-análisis) no debemos confiar ciegamente en sus conclusiones hasta no haber realizado una lectura crítica detenida y sistematizada.

Por tanto, consideraremos, si los resultados de la revisión son clínicamente relevantes, en cuánto se diferencian los pacientes

incluidos en la revisión de nuestros pacientes y hasta qué punto difiere nuestro entorno de trabajo con las condiciones bajo las cuales se realizaron los estudios. (Oxman, 1994)

4. Implementación y aplicación en la práctica en la evidencia:

4.1 Toma de decisiones y efectividad clínica:

Antes de analizar la situación en relación con el cambio, es importante dar un paso atrás y comentar brevemente la toma de decisiones y la efectividad clínica.

En su libro publicado Gray (1997) argumenta que se ha producido un cambio en el rol de las enfermeras dentro del proceso de toma de decisiones que necesariamente lleva a un incremento de la necesidad de establecer un soporte para esta toma de decisiones. El objetivo de la toma de decisiones es escoger aquella acción que va a favorecer la consecución de los resultados favorables al paciente.

Eddy establece dos pasos necesarios para la toma de decisiones y priorizar la práctica. (Eddy, 1990) En el primer paso se deben considerar los diferentes resultados de las diversas posibilidades entre las que se pueda escoger. Esto implica la utilización de la evidencia en relación con los beneficios, los daños y los costes de cada posibilidad. En el segundo paso se deben establecer tres niveles de comparación:

- Entre los beneficios y los daños de la práctica.
- Entre los resultados en salud y los costes.
- Entre el beneficio total y los recursos consumidos en cada situación, cuando los recursos son limitados.

Lamentablemente en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado enfermero, la propuesta de Eddy nos va a ser útil sólo en algunas situaciones.

La efectividad clínica depende directamente de una correcta toma de decisiones. Pero, ¿qué entendemos por efectividad clínica? y ¿cómo podemos evaluarla las enfermeras?

La efectividad se define como el grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en las condiciones reales de la práctica habitual.

Cuando se habla de efectividad clínica, esta definición se complementa añadiendo que, además, se debe mantener y mejorar la salud del paciente. Ya en 1950 aparece la primera publicación sobre enfermería que invita a realizar estudios en los que se mida la efectividad de los cuidados, por lo tanto el tema no es tan novedoso. En las seis fases que lo integran, el modelo tiene por objetivo identificar en cuántas situaciones se produce un no por respuesta y considerar cómo se puede pasar de la respuesta negativa a la afirmativa. (McClarey, 1997)

4.2 Implementación efectiva:

No existe ninguna pauta mágica ni receta para llevar a cabo un cambio efectivo en la práctica clínica. El proceso no es tan simple como el hecho de escoger una intervención y esperar que ocurra lo mejor; deben considerarse como factores mediáticos para una implementación efectiva del cambio las características de los pacientes, de los profesionales y del entorno donde se debe llevar a cabo el cambio. Además, para conseguir un cambio efectivo, es imprescindible llevar a cabo estrategias que permitan implementar y monitorizar el proceso y desarrollar un plan de acción que considere los siguientes aspectos: (Orellana, 2007)

- Identificar a las personas clave que tienen que conocer el proyecto y cómo comunicarlo.
- Identificar a las personas que desarrollarán el proyecto y valorar la necesidad de disponer habilidades específicas.
- Qué recursos se necesitan y cuándo.
- Cuáles son las dificultades y cómo pueden minimizarse.
- Cómo sabremos que las acciones han sido realizadas.

- Establecer acuerdos de gestión y supervisión.

4.3 Respuestas y barreras al cambio:

En los procesos de cambio se han identificado cinco patrones de respuestas típicas al cambio: negación, defensa, renuncia, adaptación e internalización. A pesar de que ni todas las personas, ni en todas las situaciones se manifiestan estas respuestas, su identificación permite conocer otros aspectos del cambio. En función de la respuesta individual al cambio, Rogers (1983) describió cinco tipos de individuos. (Pape, 2003) Las cinco categorías se establecen basándose en la rapidez con la que las personas alteran su comportamiento en respuesta a una nueva idea o práctica:

- Personas innovadoras: Los innovadores estimulan a un grupo pequeño de personas y están a menudo por delante de la mayoría en términos de sus ideas y de capacidad de aprender. Pueden ser aislados y recibir desconfianza de otros miembros del grupo debido a su actitud. Es importante su identificación ya que pueden requerir ayuda.
- Personas que se adaptan rápidamente: Las personas que se adaptan rápidamente son los líderes de opinión, respetados dentro de una profesión o de una organización, que demuestran a menudo un interés en nuevas ideas. Estos líderes de opinión pueden ser útiles para la implementación del cambio ya que su ayuda puede ser útil para conducir la opinión de todo el grupo hacia la PBE.
- Personas que actúan como la mayoría: En este grupo se hallan las personas cuyas opiniones y valores se pueden considerar tradicionales, pero que son capaces de cambiar si está claro que el cambio es útil.
- Personas que tardan más que la mayoría en adaptarse.

- Personas rezagadas: El último grupo incluye a los escépticos dentro de una organización, que pueden ser reticentes a aceptar nuevas ideas y prácticas. Se debe trabajar con ellos para que se sientan cómodos y colaboren en el cambio.

Para superar las barreras que todo cambio comporta, las personas identificadas como relevantes en la práctica basada en la evidencia deben tomar el papel de líderes. Implementar un cambio sin tener en cuenta los diferentes aspectos analizados previamente puede comportar una dificultad en el momento de instaurar este cambio. Así, el hecho de que no existan objetivos claros sobre la necesidad de cambio, el empleo de medios inapropiados, la falta de información y recursos, la no disponibilidad de personal si es necesario, la falta de personas líderes o responsables del cambio y de fechas concretas de implementación son factores que actúan en contra del cambio y limitan las posibilidades de éxito.

5. Monitorización y evaluación:

5.1 Análisis y evaluación de los cambios:

Como quinta fase de la EBE, la evaluación examina la práctica de forma amplia. Una buena evaluación se debe centrar en los resultados, tener en cuenta el proceso y la estructura y debe incluir una auditoria.

Las auditorias examinan la práctica y la comparan con unos estándares. Si los estándares no existen a partir de la evidencia disponible, junto con los resultados obtenidos de la evaluación se deben formular unos estándares de cuidados que permitirán el registro de la mejora en la calidad de las intervenciones.

Basándose en los enfoques de evaluación definidos por Donabedian (1998) la evaluación de la EBE analiza en profundidad la categoría resultado sin perder de vista que la

evaluación de la calidad sólo es posible considerando la interrelación entre las tres categorías, y que es necesario un conocimiento previo de la relación entre estructura y proceso, y entre proceso y resultado antes de llevar a cabo la evaluación. Los primeros estudios basados en este marco conceptual analizaban las categorías de estructura y proceso.

La categoría de resultados se estudió posteriormente; las variables analizadas dentro de esta categoría han sido principalmente, costes, días de estancia, mortalidad y satisfacción del paciente. A pesar de que desde hace décadas existe un interés por analizar los resultados de la atención sanitaria, este interés se ha visto incrementado en los últimos años.

Este aumento en el interés por los resultados en salud de los pacientes está relacionado con el cambio en el contexto sanitario, estrechamente relacionado con la práctica basada en la evidencia. La mejora de los resultados clínicos se ha convertido en un requisito integral de la gestión en algunos países europeos, al incluirse en la evaluación del rendimiento de la atención sanitaria medidas de eficacia clínica y resultados clínicos. Los profesionales sanitarios debemos demostrar el valor y las implicaciones de nuestra asistencia.

Los sistemas de monitorización y evaluación tienen como objetivo aumentar la efectividad y la utilidad de los programas de mejora de la calidad. Uno de los sistemas de monitorización más utilizados son los indicadores clínicos de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. Estos indicadores clínicos se pueden integrar en las normas ISO (*International Organization for Standardization*), modelo simple para la gestión de la calidad de los procesos y en el modelo EFQM (modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la

Calidad) que permite evaluar la calidad de la gestión como macroproceso.

La evaluación de la calidad, que como se ha señalado nos informa del nivel de servicios que se proporcionan, inevitablemente va unida a la mejora de la calidad garantizando así que los cuidados que se ofrecen son los mejores y más adecuados a los pacientes. La EBE no es un ejercicio académico, es una forma de trabajo cuya última finalidad es la de mejorar el cuidado que ofrecemos a los pacientes. Sin embargo, sólo se puede mejorar el cuidado si después de monitorizar y evaluar se producen cambios en la práctica diaria.

D. PERFIL DEL ENFERMERO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

El profesional de enfermería de Cuidados Intensivos proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica. (Ramos, 2012)

Requiere de un sólido marco científico-técnico, que considere tanto la complejidad y diversidad de los problemas de salud, como la aplicación de la tecnología apropiada, los procedimientos y técnicas avanzadas, que implica la rápida y correcta toma de decisiones para la resolución de situaciones que implican riesgo para la vida de los pacientes

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral del usuario, incluyendo aspectos bio-psicosociales, y la inclusión participativa del grupo familiar. La práctica asistencial incluye la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a

los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos, psicosociales y espirituales del usuario.

a) Características del enfermero en UCI:

- Función de gestión administrativa: La organización y coordinación de actividades relacionadas con la gestión de los recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes.
- Función asistencial: Realizar el cuidado oportuno, integral e individualizado a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería. Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Función de docencia: Proporcionar educación sanitaria a los usuarios y educación al equipo.
- Función de investigación: Realiza investigaciones en los diversos campos de interés para la especialidad. La enfermera contribuye activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.
- Función respecto a tecnología: Utilizar y mantenerse actualizado en la biotecnología propia de su área para la atención eficiente de los problemas de salud que amenazan la vida del paciente.
- Función respecto a aspectos éticos: Desempeñarse en su campo de trabajo como especialista con sentido ético y responsabilidad.

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

2.3.1 Enfermería basada en la evidencia (EBE): Práctica en la cual se aplica consciente, explícita y juiciosamente la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento

enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de las personas, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones.

2.3.2 Conocimientos sobre la EBE: Información adquirida por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales que tienen los enfermeros especialistas, sobre la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica para tomar decisiones en su práctica clínica diaria, teniendo en cuenta las preferencias y valores de los pacientes e incorporando la pericia profesional.

2.3.3 Actitud frente la EBE: Conjunto organizado y duradero de convicciones o creencias, dotadas de una predisposición o carga afectiva, que tienen los enfermeros especialistas hacia la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica para tomar decisiones en su práctica clínica diaria e incorporando la pericia profesional.

2.3.4 Enfermera (o): Es todo personal profesional de enfermería de la UCI que se encuentra laborando durante la aplicación del instrumento.

2.4 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

2.4.1 Hipótesis general y específica:

a) Hipótesis general:

Hipótesis: Los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional conocen y tienen actitud favorable frente a la Enfermería Basada en la Evidencia

Hipótesis nula: Los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional desconocen y tienen actitud desfavorable o indiferente frente a la Enfermería Basada en la Evidencia

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo debido a que buscó observar y describir el comportamiento de los sujetos de estudio sin influir sobre él de ninguna manera y es de corte transversal ya que se realizó una sola medición de las variables en la línea del tiempo.

3.2 Lugar de estudio:

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Clínica Internacional Sede San Borja y Sede Lima.

La Clínica Internacional es una red de clínicas y centros médicos a nivel nacional, con infraestructura médica moderna en tecnología y procedimientos complementados plenamente con staff médico y asistencial.

La Clínica Internacional inicia sus actividades el 29 de mayo de 1959 por iniciativa de la Compañía Internacional de Seguros del Perú.

Desde la década de los noventa, ya como parte del Grupo Brea, Clínica Internacional comienza una nueva etapa en la que mejoró

su infraestructura y modernizó sus equipos médicos con la última tecnología; ampliando significativamente su red de atención con nuevas sedes y medicentros en Lima y provincias. Así, en el año 2004 se adquieren nuevas propiedades sumando más de 11,000 m2 de terreno en su Sede de Lima y en el 2007 se adquiere la Clínica San Lucas, la que posteriormente se convierte en la actual Sede San Borja.

Posee dos sedes: Sede Lima (Av. Inca Garcilazo de la Vega N° 1420) y Sede San Borja (Av. Guardia Civil N° 385). La Clínica Internacional cuenta con la Acreditación de la Joint Comission desde el año 2014.

Ambas sedes constan de: Centro de Diagnóstico por Imágenes: Rayos X y Ecografía, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico, Centro Endoscópico, Unidad de Ginecológica y Neonatología, Medicina Preventiva, Nutrición, Laboratorio Clínico, Patología, Banco de Sangre y Farmacia. Así mismo brindan más de 30 especialidades y sub especialidades médicas.

La UCI de Sede San Borja se fundó en el año 2007 con 02 camas. Actualmente consta de UCI Adulto y UCI Pediátrica. La UCI adulto (la cual entrará en el estudio tiene 09 unidades y 01 unidad de aislamiento. Al pasar los años tanto la infraestructura y la complejidad de los servicios prestados se fue incrementando, así como la cantidad de personal médico y de enfermería. Es un servicio crítico que brinda atención solo a adultos, que poseen seguro tipo EPS (Entidad Prestadora de Salud), SIS (Seguro Integral de Salud) o de manera particular. Son 25 enfermeros (as).

Por otro lado, la UCI de Sede Lima es más antigua que la anterior. Fue fundada el año 2004 con 03 unidades, al igual que la UCI de San Borja la complejidad de la atención prestada fue evolucionando a medida que la demanda de servicios de salud se iba

incrementando y la competencia entre clínicas locales aumentaba. Tiene 10 camas, también con 01 de aislamiento para brindar cuidados, manejo y soporte a pacientes adultos críticos. Cuenta con un staff de 26 enfermeros (as)

3.3 Población de estudio:

La población de estudio estuvo conformada por 47 enfermeros que laboran en la UCI de Clínica Internacional, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4 Unidad de análisis:

Fue el enfermero(a) especialista que labora en UCI de Clínica Internacional Sede San Borja y Sede Lima.

3.5 Criterios de selección:

3.5.1 Criterios de inclusión:

- Enfermeros (as) que laboren en la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Internacional Sede San Borja y Sede Lima.
- Enfermeros (as) que laboren en la UCI un periodo no menor a 1 año, sean especialistas en UCI o tengan otra especialidad.

3.5.2 Criterios de exclusion

- Enfermeros (as) que laboren en la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Internacional Sede San Borja y Sede Lima, que se encuentren con algún tipo de licencia en el momento de la recolección de datos.
- Enfermeros (as) que no completen el llenado del instrumento.

3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos:

La técnica de recolección de datos fue la encuesta. Entre los instrumentos utilizados tenemos al Cuestionario sobre Conocimientos sobre EBE y la Escala tipo Likert para evaluar Actitud frente a la EBE. Cabe precisar que también se contó con una sección para caracterizar a la población en estudio.

A continuación se describen los instrumentos cada uno a mayor detalle: (Anexo B)

3.6.1 Primera sección:

I. Datos generales:

Compuesto por 4 preguntas que recabaron información correspondiente a los datos generales de la población de estudio: Edad, Sexo, Experiencia en Uci y Especialidad.

3.6.2 Segunda sección:

II. Cuestionario sobre conocimiento sobre la EBE

Este cuestionario contiene un conjunto de preguntas destinadas a recoger, procesar y analizar información sobre la variable. Esta sección incluye 10 preguntas estructuradas de opción múltiple. Los criterios para asignar el valor final fue de acuerdo al puntaje obtenido por la sumatoria del total de respuestas correctas que tendrán un puntaje de 1 punto, mientras que las incorrectas un puntaje de 0.

Puntajes para variable de Conocimientos sobre la EBE

Para obtener los niveles de conocimiento se halló el promedio de la variable según los resultados obtenidos.

El valor final de la variable es el siguiente:

- <7 : Desconoce

- 7-10 : Conoce

Para cada dimensión de Conocimientos (Definición, Importancia, Beneficios y Fases de EBE) se califica de la siguiente manera.

**TABLA N°2: CALIFICACIÓN DE VARIABLE: CONOCIMIENTOS
SOBRE EBE**

	ITEM DE CUESTIONARIO	OPCION CORRECTA	VALOR FINAL
DEFINICIÓN	1	A	
IMPORTANCIA	2	A	
BENEFICIOS	3	E	
	4	A	
	5	D	<7: DESCONOCE
	6	A	7-10: CONOCE
FASES	7	B	
	8	C	
	9	E	
	10	E	

3.6.3 Tercera sección:

III. Escala tipo Likert de actitud frente a la EBE

Esta escala buscó medir la intensidad de la actitud de forma objetiva sobre la variable. Estuvo conformada por un total de 10 ítems, 7 de los cuales reflejan una actitud positiva (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7) y 3 una actitud negativa (ítems 8, 9, y 10). Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo y Totalmente de acuerdo.

La puntuación se asignó de acuerdo a la dirección del ítem, si tiene una dirección positiva, la calificación es de 1, 2, 3, 4, y 5 puntos; respectivamente. Cuando el ítem posea una

dirección negativa, la calificación se invirtió. Esta escala se construyó en base a la suma algebraica de las puntuaciones de las respuestas obtenidas en cada ítem.

De acuerdo con la valoración numérica acordada, se tiene las siguientes categorías de actitud:

**TABLA N° 3: CALIFICACIÓN DE VARIABLE: ACTITUD
FRENTE A EBE**

DIMENSIONES	ITEM DE ENCUESTA	VALOR FINAL
IMPORTANCIA	1,2,7	DESFAVORABLE: <36
FASES	3,4,5,6,8	INDIFERENTE: 36 A 42
APLICABILIDAD	9,10	FAVORABLE: >42

3.7 Procedimientos para el análisis e interpretación de la Información:

La información recolectada fue procesada a través del programa SPSS Vs 15 y Excel 2007 con la asesoría del estadístico Henry Freyre. Se elaboraron los gráficos y tablas correspondientes para aprobar o desaprobar las hipótesis del estudio y cumplir los objetivos. Para obtener los resultados sobre la variable conocimiento, se calculó el promedio de los datos procesados y poder definir el valor final: Conocen o desconocen. En cuanto a la variable de actitud se utilizó la Prueba de Stanones para definir la actitud sobre la EBE.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Datos generales de la población de estudio:

Del 100% (47) enfermeros que conforman la población de estudio, el 48,9% (23) tienen edad de 25 a 30 años, el 70,2% (23) son mujeres y el 29,8% (14) son varones, el 83%(39) tienen especialidad en cuidados intensivos y el 17%(7) otras especialidades, el 63,8%(30) tienen experiencia laboral de 1 a 5 años y el 25% (12) tienen experiencia laboral 6 a 10 años. (Anexo J).

Datos según variables de estudio:

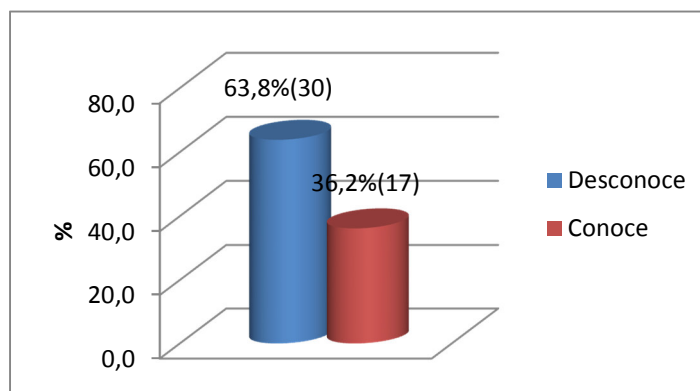
1. Sobre conocimientos de la EBE:

En el gráfico N° 1 podemos apreciar respecto de los conocimientos de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional sobre EBE, que del 100% (47) enfermeros, el 63,8%

(30) desconocen sobre enfermería basada en evidencia de UCI mientras que el 36,2% (17) conocen sobre EBE.

GRÁFICO N° 1

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA EN ENFERMEROS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA – 2015

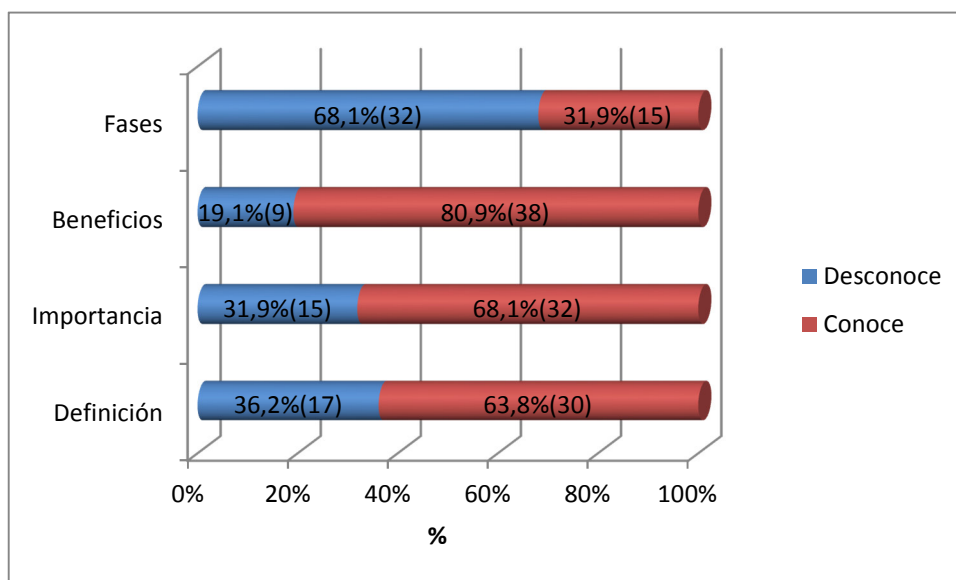


Fuente: Instrumento aplicado sobre enfermería basada en evidencia de UCI de la Clínica Internacional, Lima 2015

Respecto a las dimensiones que constituyen la variable conocimiento, podemos apreciar en el Gráfico N° 2 que, los enfermeros conocen más acerca de la dimensión **beneficios**, apreciándose que el 80,9% (38) enfermeras conocen mientras que el 19,1% (9) desconocen, sobre la dimensión **importancia** se aprecia que el 68,1% (32) de enfermeros conocen, mientras que el 31,9% (15) desconocen; sobre la dimensión **definición** 63,8% (20) enfermeros conocen, mientras que el 36,2%(17) enfermeras (os) desconocen sobre lo correspondiente a esta dimensión. El mayor desconocimiento se da en la dimensión **fases de la EBE** se aprecia que el 68,1% (32) del total de enfermeras(os) desconocen mientras el 31,9% (15) conocen.

GRÁFICO N° 2

CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIONES SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA EN ENFERMEROS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS *CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA – 2015*



Fuente: Instrumento aplicado sobre enfermería basada en evidencia de UCI de la Clínica Internacional, Lima 2015

En relación a cada dimensión correspondiente a la variable Conocimiento, tenemos: En la dimensión **DEFINICIÓN de la EBE**; del 100% de enfermeros encuestados; el 63.86% conocen la misma. (Ver Gráfico N° 3)

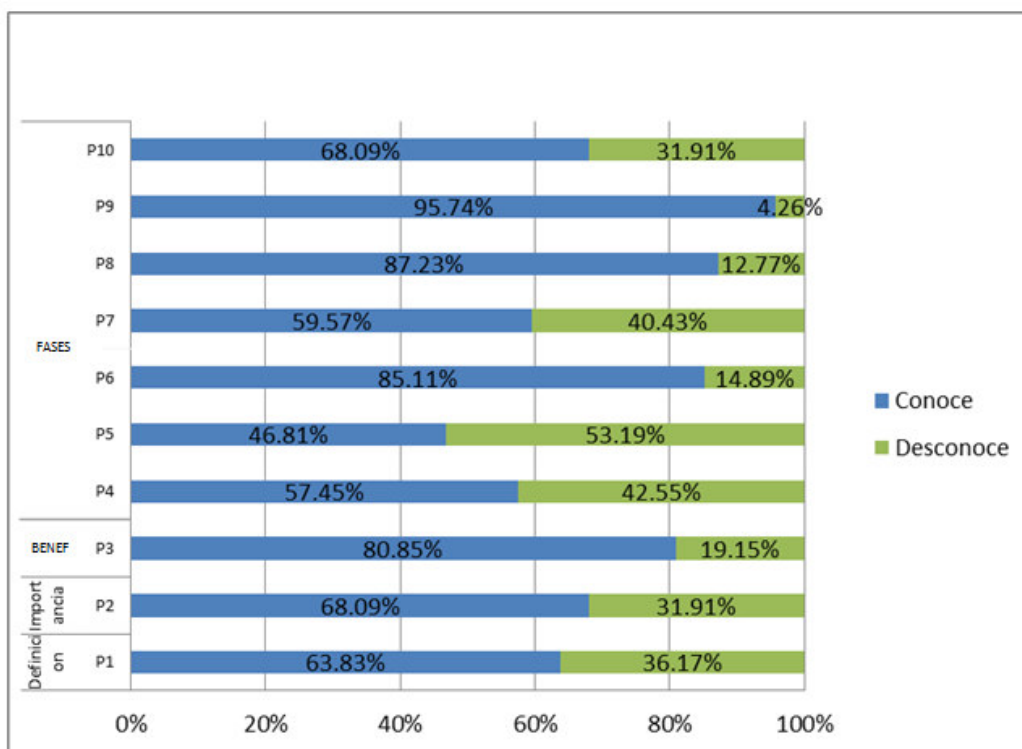
En la dimensión **IMPORTANCIA**, el 68.09% de los enfermeros encuestados, saben reconocer la importancia de la EBE en la profesión. (Ver Gráfico N° 3)

En la dimensión **BENEFICIOS**; el 80.85% de los profesionales encuestados conocen los beneficios de la EBE. (Ver gráfico N° 3)

En la dimensión **FASES**; los resultados están sobre todo evidenciados en los aspectos de efectividad de la fase de Implementación de la EBE (P9) donde el 95.74% conocen respecto a ello. El segundo aspecto más

conocido es respecto a la fase de Localización de la Evidencia (P6), siendo el 87.23% de los enfermeros quienes conocen sobre esta fase. El indicador menos conocido es sobre los aspectos básicos de la Pregunta Clínica Estructurada (P5), donde un 53,19% de enfermeros respondieron incorrectamente. (Ver gráfico N° 3)

GRÁFICO N° 3
CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIA SEGÚN INDICADORES POR DIMENSIONES, EN ENFERMEROS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA – 2015

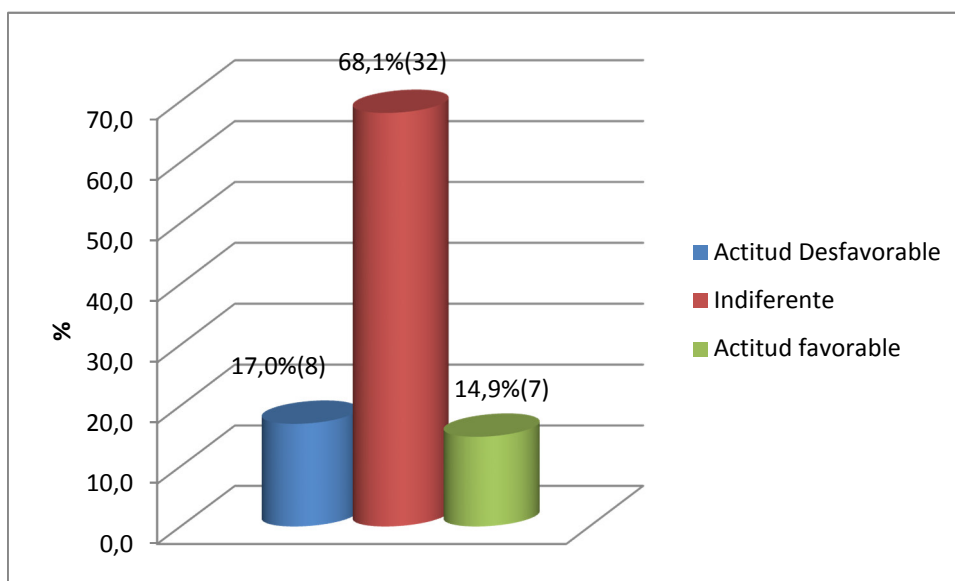


2. Sobre actitud frente a EBE:

Con respecto a la variable actitud, se obtuvieron los siguientes resultados: Frente a la actitud de los profesionales de enfermería, del 100% (47); el 17% (8) presentan actitud desfavorable el 68,1% (32) muestran una

actitud indiferente y el 14,9% (7) presentan actitud favorable sobre EBE.
(Ver Gráfico N°4)

GRÁFICO N° 4
ACTITUD FRENTE A LA ENFERMERÍA BASADA EN
EVIDENCIA, EN ENFERMEROS DE UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS
CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA - 2015

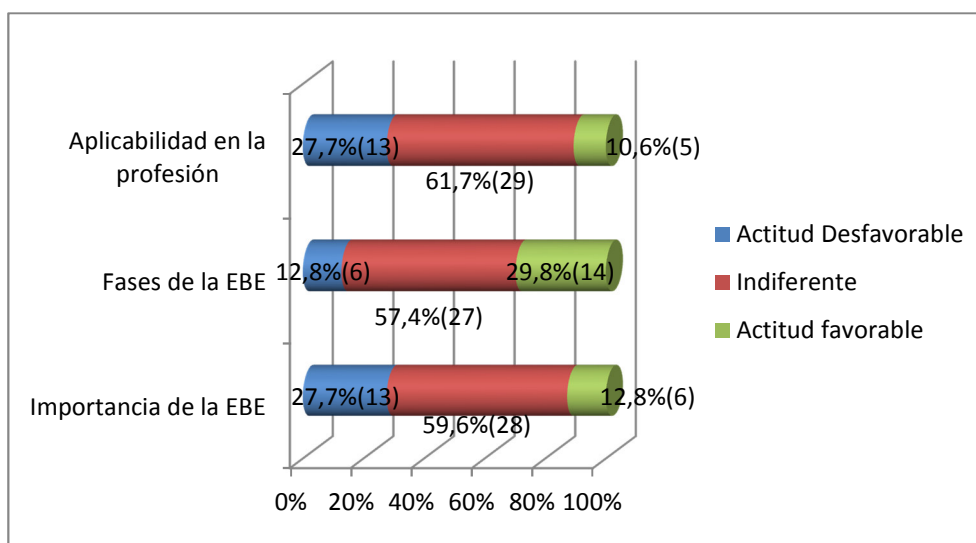


Fuente: Instrumento aplicado sobre enfermería basada en evidencia de UCI de la Clínica Internacional, Lima 2015

Respecto a la actitud según dimensiones; la dimensión APLICABILIDAD a la profesión se aprecia que el 61,7%(29) presentan actitud indiferente frente EBE; en la dimensión FASES se aprecia que el 57,4%(27) presentan actitud indiferente. En cuanto IMPORTANCIA, el 59,6%(28) presentan actitud indiferente respecto a la misma. (Ver Gráfico N° 5).

GRÁFICO N° 5

**ACTITUD SEGÚN DIMENSIONES FRENTE A ENFERMERÍA
BASADA EN EVIDENCIA, EN ENFERMEROS DE UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS
CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA - 2015**



Fuente: Instrumento aplicado sobre enfermería basada en evidencia de UCI de la Clínica Internacional, Lima 2015

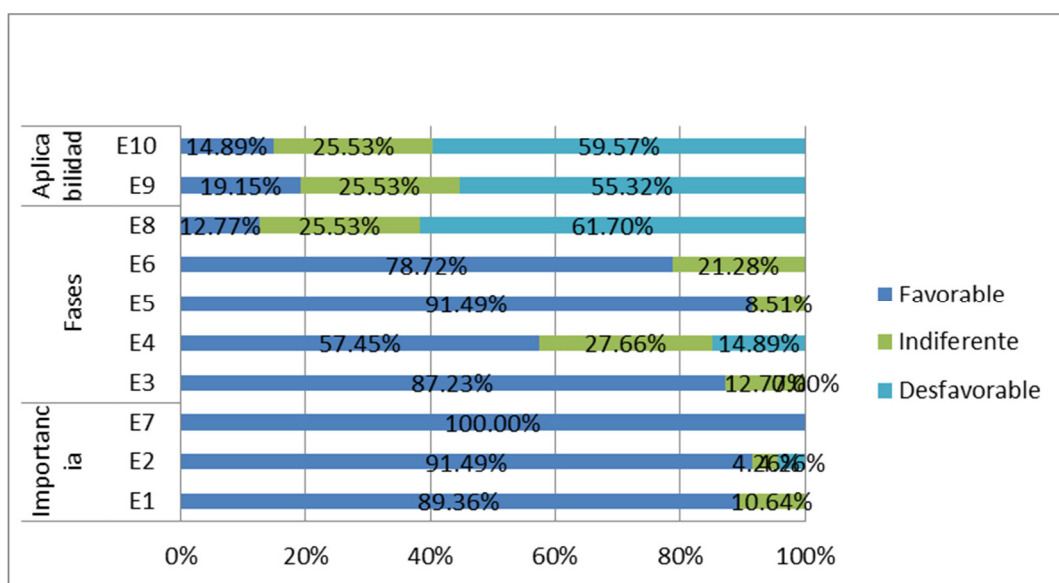
En relación a cada dimensión correspondiente a la variable Actitud según sus indicadores, tenemos:

En la dimensión **IMPORTANCIA**, el indicador que obtuvo actitud favorable en un 100% de los encuestados es respecto Importancia de la EBE para la profesión y el sujeto de cuidado. (Ver Gráfico N° 6)

En la dimensión **FASES**, la fase en la que se obtuvo una actitud favorable con mayor predominancia (91.49%) es la de Lectura crítica de la evidencia científica. El indicador con mayor porcentaje de actitud desfavorable fue a la Fase de la Implementación con un 61.70% seguido por Localización de la evidencia con un 14.89%. (Ver Gráfico N° 6)

En la dimensión **APLICABILIDAD** se apreció mayores niveles de actitud desfavorable, siendo el indicador Apego a las prácticas basadas en la experiencia donde se obtuvo el mayor porcentaje (59.57%) de actitud desfavorable. (Ver gráfico N° 6)

GRÁFICO N° 6
ACTITUD FRENTE A ENFERMERÍA BASADA EN
EVIDENCIA SEGÚN INDICADORES POR DIMENSIONES,
EN ENFERMEROS DE UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS
CLÍNICA INTERNACIONAL, LIMA - 2015



4.2. DISCUSIÓN

La mayoría de enfermeros (63.8%) que laboran en UCI de la Clínica Internacional desconocen sobre EBE, siendo las dimensiones menos conocidas: Fases y Definición. Respecto a los indicadores evaluados sobre esta variable, llama la atención que la dimensión sobre Conocimientos frente a Fases de EBE mostrara mayor desconocimiento, esto podría darnos a inducir un conocimiento superficial y poco profundo sobre la EBE. Como dice Coello (2004) para aplicar la EBE se deben desarrollar y conocer las cinco fases, las cuales son integradas y

sistemáticas la una con la otra, dentro de un proceso dinámico y continuo que surge de la interacción paciente/enfermera.

Como dice Fernandez (2005) toda profesión debe fundamentarse y aplicarse en base a la ciencia, por lo tanto Enfermería no escapa a esta realidad y exigencia. Los enfermeros conscientes de ello buscan fundamentar el cuidado no solo en la experiencia o la intuición, sino buscando evidencias científicas que haga nuestro cuidado más eficaz y eficiente y poder aplicar los mejores hallazgos científicos en la práctica diaria. Como menciona Sherriff (2007) la evidencia científica es una opción para lograr consolidar y unificar nuestros cuidados y así lograr el máximo beneficio para los pacientes y para la profesión.

Tal como menciona Mercado (2009) en su estudio, el conocimiento profesional de la enfermera (o) se ha caracterizado como teórico/práctico y por ello, no debe existir una separación entre teorías y practica; el conocimiento solo puede resultar significativo, relevante y útil desde y a través de los problemas inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera. Ciertamente, el conocimiento aprendido tiene valor instrumental, pero necesita estar integrado con los aspectos prácticos. En su estudio, al igual que el presente; obtuvo que el nivel de conocimientos sobre EBE era deficiente ya que obtuvo un nivel medio de conocimientos.

Según Lehman (2007), el conocimiento práctico es implícito ya que no necesita complicados procesos de razonamiento, es automático; por lo tanto el conocimiento se encuentra en la acción y no después de esta. Los nuevos conocimientos deben guiar la práctica, convertirse parte de ella y ayudar a la toma de decisiones respecto al cuidado basado en EBE.

Los resultados de esta investigación demuestran que la mayoría de profesionales en la UCI desconocen sobre la EBE, por lo tanto como dice Lehman en su estudio esto demuestra que los enfermeros aun no articulan o integran a su quehacer la práctica de enfermería basada en la evidencia, es decir la evidencia científica no suele ser parte de los cuidados que brindan siendo esta realidad preocupante ya que afecta tanto

directamente a los pacientes que se benefician de los cuidados de enfermería y a la profesión, por lo tanto no vamos de acuerdo con el crecimiento y evolución de las ciencias de salud a nivel global.

En relación a las actitudes de las enfermeras se encontró que la actitud indiferente (68.1%) es la que más predomina.

Como afirma Mercado (2009), las actitudes son reacciones afectivas positivas o negativas hacia un objeto o proposición abstracta o concreta que incita a la persona a actuar de un determinado modo frente a situaciones diversas. Esta predisposición involucra un comportamiento o decisión de aceptación o rechazo. Una actitud favorable por lo tanto demuestra la aceptación y desencadena una acción. Por lo contrario, una actitud desfavorable o indiferente demuestra despreocupación hacia el uso de la EBE en el quehacer de enfermería. Brown y Sherriff en sus estudios encontraron una relación directa estadísticamente importante entre el conocimiento y la actitud, es decir mientras el nivel de conocimientos es mayor frente a EBE la predisposición a la misma era mayor.

A diferencia de este estudio, Lehman obtuvo resultados donde la actitud favorable hacia la EBE fue la más predominante al igual que en el estudio de Mercado.

Por lo expuesto deducimos que al existir en mayor porcentaje una actitud indiferente y desconocimiento en la mayoría de enfermeros sobre EBE en esta UCI en particular, se convierte en una realidad preocupante debido a que está demostrado en otros estudios como el de Lehman y Brown que si los enfermeros desconocen sobre EBE tendrán una actitud desfavorable o indiferente a ella y no practicarán EBE por lo tanto los cuidados corren el riesgo de no ser de calidad, existirá diversidad de los mismos, y aumentará el riesgo al error lo cual no beneficiaría a los sujetos de cuidado y menos a la profesión.

Respecto a las dimensiones de esta variable, el indicador con mayor actitud favorable es Importancia de la EBE. Los enfermeros en este

estudio obtuvieron un porcentaje importante de conocimiento sobre los Beneficios de la EBE y éstos demuestran actitud favorable frente a la Importancia. Según Lehman, ambos aspectos están relacionados, porque no se puede reconocer la importancia sin conocer los beneficios que ofrece la EBE. En contra parte se apreció una actitud desfavorable mayor a la Aplicabilidad de la EBE. En los estudios llevados a cabo por Gómes (2012) y Brown (2009) donde entre otros aspectos evaluaban la actitud y barreras así como facilitadores para la práctica de la EBE, obtuvieron resultados similares al nuestro respecto a la aplicabilidad de la misma, demostrado barreras organizacionales, etiológicas y de acceso a información que impiden la ejecución de la EBE. En este estudio, los enfermeros no demostraron una predisposición a aplicar EBE por un tema de apego a las prácticas propias obtenidas por experiencia, así mismo perciben que el acceso a la información científica es difícil en nuestro medio, convirtiéndose ambas en obstáculos para la práctica de la EBE en la UCI.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

Se comprueba la hipótesis principal nula: Los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional desconocen y tienen actitud desfavorable o indiferente frente a la Enfermería Basada en la Evidencia

Respecto a los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre EBE de UCI en la Clínica Internacional, la gran mayoría desconoce; resaltando el desconocimiento en la dimensión fases y con mayor exactitud en el indicador sobre formulación de la pregunta clínica.

Respecto a las actitudes de los profesionales de enfermería sobre EBE de UCI en la Clínica Internacional, la gran mayoría presenta

una actitud indiferente, resaltando la dimensión de aplicabilidad siendo el indicador resaltante con una actitud desfavorable el de apego a las prácticas basadas en la experiencia de la enfermera (o) en UCI.

5.2 LIMITACIONES:

Los resultados y las conclusiones del estudio solo son válidos para la población de estudio.

5.3 RECOMENDACIONES:

En consideración con los resultados obtenidos del presente estudio se deben establecer estrategias en las instituciones públicas y privadas de salud para difundir la práctica de Enfermería Basada en Evidencia como algo inherente, propio y distintivo de la profesión de la enfermería en nuestro medio, creando comités de investigación en cada servicio de área crítica donde puedan discutirse periódicamente situaciones clínicas y se puedan desarrollar y aplicar las fases de la EBE ante situaciones que generen dudas en el quehacer de la enfermera (o) en UCI y así reducir la variabilidad de cuidados y que éstos sean eficaces, eficientes y de calidad.

Implementar en la currícula de pregrado y postgrado cursos con valor académico que ayuden a la adquisición de conocimientos y prácticas sobre la EBE para que los profesionales egresados se vean familiarizados pronto y puedan ejercer su profesión basados en la evidencia científica, adquieran mayor juicio crítico y adquieran habilidades para poder realizar búsqueda de información científica con rigor científico

Realizar estudios de investigación sobre el tema, lo cual aportará al desarrollo disciplinar de Enfermería en cuanto a la orientación y fortalecimiento de la EBE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Valladares, E. (2008) *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el aprendizaje basado en evidencias en médicos residentes de gineco-obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos* (Tesis de pregrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Fernández, N. et al (2005) *Valorización del rol profesional de enfermería en terapia intensiva*. Recuperado de: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num4/pdf/4_art01_rol.pdf

Coello, P. et al. (2004) *Enfermería basada en la evidencia: Hacia la excelencia*. Recuperado de: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la-excelencia-en-cuidados.pdf>

Alcolea, et al., (2011) *Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia Nure Investigación*, 1(52) 1-6 Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fCVlOndgYWkJ:www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/538/0+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Mendigure J. (2012) *Enfermería Basada en la Evidencia. Revista Colegio de Enfermeros del Perú* 1(12), 1. Recuperado de: <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/editorial.pdf>

Galindo S. (2010) Cómo se acerca América Latina a la Enfermería Basada en Evidencias. *Evidentia*. 7(29), 1-2 Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev0029.php>

Consejo Internacional de Enfermeras (2015) *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: Eficaces en cuidados, eficientes en costos*. Recuperado de: http://www.uma.es/media/files/Las_enfermeras_una_fuerza_para_el_cambio.pdf

Mercado, G (2009). *Conocimientos y actitudes hacia la práctica de enfermería basada en la evidencia según las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Cayetano Heredia* (Tesis de postgrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Huihua, S (2003) *Enfermería basada en evidencias en los centros de salud de Lima Metropolitana: facilitadores y barreras* (Tesis de postgrado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Gómez, et al., (2009) Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Revista Scielo* 83(4), 1. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000400009&script=sci_arttext

Brown C. et al. (2009) *Nursing Practice, Knowledge, Attitudes and Perceived Barriers to Evidence-Based Practice at an Academic Medical Center*. Recuperado de : <http://www.escholarship.org/uc/item/47m7p92r>

Sherriff KL, et al. (2007) *Las actitudes de las enfermeras y percepciones ante los conocimientos y habilidades con respecto*

a la práctica basada en la evidencia. Recuperado de:
www.ncdps.gov

Lehman K. (2007) *Nurses' Perceptions of Evidence-Based Practice*
Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18394033

Mayorca A. (2009) *Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería.* (Tesis de postgrado)
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Bunge, M. (1990) *El conocimiento científico.* Recuperado de:
<http://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>

Cassirer, E. (1999) *El problema del conocimiento en la filosofía y en la ciencias modernas.* Recuperado de:
http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento#Generaci.C3.B3n_formal_del_conocimiento

Allport G. (1935) *Definición de actitud.* Recuperado de:
<http://formoenactitudes.blogspot.com/2010/11/definicion-de-actitud-segun-allport.html>

Rodriguez, A. (1991) *Componentes de actitud.* Recuperado de:
[//es.wikipedia.org/wiki/Actitud](http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud)

I Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. (2002)
Conclusiones Recuperado de: <http://www.index-f.com/EBE%20conclusiones.php>

Ingersoll G. (2000) Evidence-based nursing: what it is and what it isn't.
Nurse Outlook. 48(4), 151-152 Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10953070>

Rosenberg W. (1995) Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *Nurse Outlook* 48(4) 151-152 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2549505/>

Roberts J. (1999). *Identifying the best research design to fit the question. Part 1: quantitative designs.* Recuperado de: <http://ebn.bmj.com/content/2/1/4.full>

De Groote S, (2003) *Impact on print journal usage.* Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153164/>

Helmer D, et al. (2001) *Evidence-based practice: extending the search to find material for the systematic review.* Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11837256>

Slawson D. (1997) *Obtaining useful information from expert based sources.* Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126390/>

Sobrido M. (2000) *La Cochrane Library Plus. Guía de uso.* Recuperado de: <http://www.fisterra.com>

Greenhalgh T. (1997) *How to read a paper. The basics of evidence based medicine.* Recuperado de: <http://www.bmj.com/content/315/7103/305>

Gálvez A. (1999) *Práctica clínica basada en la evidencia. Una aproximación bibliográfica.* Recuperado de: http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/r27_articulo_54-56.php

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1979) *The periodic health examination; Review* 4(121) 1193-1254.

- Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/>
- Mulrow C. (1994) Systematic Reviews: Rationale for systematic reviews. *THE BMJ* 309(6964): 597-599. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541393/>
- Oxman A. et al. (1994) How to Use an Overview. *JAMA* 272(17): 1367-1371. Recuperado de:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=381796>
- Gray J. (1997) *Evidence-based Health Care: how to make health policy and management decisions*. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228586/>
- Eddy D. (1998) Clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision. *JAMA*; 263(18) 441-443. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2294311>
- McClarey M, (1997) Clinical effectiveness and evidence-based practice. *Nursing standard* 52 (11), 33-37. Recuperado de:
<ftp://195.206.160.172/NSTD/V16/N24/3161.pdf>
- Orellana A. (2007) Enfermería basada en evidencia. barreras y estrategias para su implementación. *Revista Scielo* 13(1) 1
Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-53200700013
- Pape T. (2003) Evidence-based nursing practice: to infinity and beyond. *Journal of Continuing Education in Nursing* 34 (4): 154-161. Recuperado de:
<http://europepmc.org/abstract/med/12887226>

Donabedian A. (1998) The quality of care. How can it be assessed?
JAMA; 260 (12): 1743-1748 Recuperado de:
http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf

Ramos, M (2012) Satisfacción laboral del personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Tesis de pregrado) Universidad de Favaloro. Argentina

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de las variables	I
B Instrumentos	II
C Consentimiento informado	VII
D Tabla de concordancia prueba binomial	IX
E Confiabilidad y validez de los instrumentos	X
F Libro de códigos	XVIII
G Análisis estadístico de actitud	XXII
H Tablas adicionales	XXVI

ANEXO A: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALOR	PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	ESCALA DE MEDICION
Conocimiento sobre Enfermería Basada en Evidencias en enfermeros de la UCI Clínica Internacional	Conjunto de hechos, verdades o información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (<i>a posteriori</i>), o a través intruspección (<i>a priori</i>).	Información adquirida por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales que tienen los enfermeros especialistas, sobre la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica para tomar decisiones en su práctica clínica diaria, teniendo en cuenta las preferencias y valores de los pacientes e incorporando la pericia profesional.	Definición	Aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero.	-Conoce -Desconoce	Los criterios para asignar el valor final serán de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario: en el cual las respuestas correctas tendrán un puntaje de 2 puntos mientras que las incorrectas un puntaje de 0. Puntajes: <7: Desconoce 7-10: Conoce	El cuestionario consta de 10 preguntas con cinco opciones de respuesta múltiple. Se aplicará una sola vez a los enfermeros que laboran en la UCI. El tiempo que tomará el llenado es de 10 a 15 minutos.	Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario.	Nominal:
			Importancia	-Mejora la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. -Correcta sistemáticamente teoría-acción. -Aporta instrumentos de evaluación, difusión e implementación de resultados de investigación. -Disminuye la variabilidad clínica y compatibiliza modelos enfermeros, PAE, investigación y evidencia. -Contribuye a aumentar el cuerpo de conocimientos propio.					
			Beneficios	-Permite brindar atención de enfermería efectiva y de calidad. -Brinda mayor seguridad en el cuidado dispensado -Incrementa la satisfacción laboral -Incrementa la comunicación efectiva. -Favorece la capacitación continua.					
			Fases:	-Formulación de la pregunta. -Localización de la evidencia -Lectura crítica -Implementación Evaluación y monitoreo					
Actitud frente a Enfermería Basada en Evidencias en enfermeros de la UCI Clínica Internacional	Suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de una determinada situación que conlleva una respuesta evolutiva ya sea favorable o desfavorable	Conjunto organizado y duradero de convicciones o creencias, dotadas de una predisposición o carga afectiva, que tienen los enfermeros especialistas hacia la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica para tomar decisiones en su práctica clínica diaria e incorporando la pericia profesional.	Importancia	-Importancia para la sociedad -Importancia para la profesión -Importancia para el sujeto de cuidado	-Favorable -Indiferente - Desfavorable	Criterios para asignar valor a los enunciados : -Totalmente desacuerdo: 1 punto -Desacuerdo: 2 puntos -Indiferente: 3 puntos -De acuerdo: 4 puntos -Totalmente de acuerdo: 5 puntos Con excepción de ítems 8, 9 y 10 que están calificados en forma negativa. El puntaje total será: <36: Desfavorable 36-42: Indiferente >42: Favorable	El cuestionario consta de 10 enunciados que evalúan la actitud hacia la EBE. La escala de cinco respuestas El instrumento se aplicará una sola vez a los enfermeros que laboran en la UCI. El tiempo que le tomará el llenado será de 10 a 15 minutos.	Técnica: Encuesta. Instrumento: cuestionario con escala modificada de Likert.	Ordinal
			Fases	-Formulación de la pregunta. -Localización de la evidencia -Lectura crítica -Implementación -Evaluación y monitoreo					
			Aplicabilidad en la profesión	-Disposición de tiempo -Apego a prácticas basadas en experiencia -Dificultad percibida para aplicar EBE					

ANEXO B

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CLÍNICA INTERNACIONAL. LIMA - 2015”

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una X, según crea conveniente.

I.-DATOS GENERALES

1. Edad:

- ☐ (1) 25-35 años
- ☐ (2) 36-45 años
- ☐ (3) 46-55 años
- ☐ (4) > 56 años

2. Sexo:

- ☐ (1) Femenino
- ☐ (2) Masculino

3. Especialidad:

- ☐ (1) Unidad de Cuidados Intensivos
- ☐ (2) Otra especialidad

4. Experiencia en UCI (incluyendo si laboró en otra UCI)

- ☐ (1) <1 años
- ☐ (2) 1-5 años
- ☐ (3) 6-10 años
- ☐ (4) 10-20 años
- ☐ (5) >20 años

II. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

1. Con relación a Enfermería Basada en Evidencia, es falso:

- A. Es la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero.
- B. Una estrategia para que la investigación apoye la práctica
- C. Nace como consecuencia del nacimiento de la medicina basada en la evidencia en la década de los 90'.
- D. Reconoce como única fuente de información la investigación sin considerar la experiencia profesional.
- E. Integra las preferencias y valores de los pacientes.

2. La Enfermería Basada en la Evidencia es importante para la profesión, Excepto:

- A. Aporta instrumentos de evaluación, guías de observación, difusión e implementación de resultados consensuados en base a la pericia profesional.
- B. Disminuye la variabilidad clínica y de resultados en materia de Salud.
- C. Conecta sistemáticamente teoría-acción.
- D. Mejora la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.
- E. Contribuye a aumentar el cuerpo de conocimientos propio.

3. Los beneficios de la aplicación de la EBE son:

- A. Atención de enfermería efectiva y de calidad.
- B. La práctica basada en la investigación nos brinda mayor seguridad en el cuidado que dispensamos.
- C. Incrementa la satisfacción laboral.
- D. Incrementa la comunicación efectiva y favorece la capacitación continua.
- E. Todas las anteriores.

4. Las fases de la Enfermería Basada en la Evidencia son, excepto:

- A. Valoración de la situación problemática
- B. Formulación de preguntas.
- C. Localización de evidencia.
- D. Lectura crítica e interpretación de la evidencia.
- E. Implementación y evaluación.

5. Son componentes básicos de una Pregunta Clínica Estructurada (PCE), excepto:

- A. El paciente y el problema de interés.
- B. La intervención de interés (tratamiento, prueba diagnóstica, factor pronóstico, etc).
- C. Comparación de la intervención(es), si ésta(s) procede(n).

- D. El análisis estadístico inferencial.
- E. Los resultados.

6. La localización de la evidencia nos permite identificar y acceder a información científica para la toma de decisiones. Una de las fuentes de información es La Colaboración *Cochrane* que es:

- A. Una organización internacional sin fines de lucro. Su principal objetivo es asegurar que exista información sobre los efectos de las intervenciones sanitarias realizada de forma rigurosa actualizada y disponible para todos.
- B. Una red internacional, independiente y lucrativa, que intenta ayudar a tomar decisiones clínicas y sanitarias.
- C. Es una base de datos que agrupa documentos basados en la evidencia científica.
- D. Una página web con información biomédica de acceso libre.
- E. Ninguna de las anteriores.

7. Una revisión sistemática es:

- A. Un estudio que implica la medición de varias exposiciones durante los brotes repentinos de una enfermedad.
- B. Una búsqueda sistemática y una apreciación crítica de una colección de estudios individuales que responden a una misma pregunta.
- C. El mejor modelo matemático para predecir una variable a partir de otra.
- D. Un análisis estadístico que combina e integra los resultados de varios ensayos clínicos independientes.
- E. Una recopilación de resultados de diferentes investigaciones independientemente del tipo de estudio realizado.

8. El nivel de Evidencia tipo I y el grado de recomendación tipo A, significan:

- A. Ensayo clínico controlado bien diseñado pero no aleatorizado – Recomendable
- B. Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención – Extremadamente recomendable.
- C. Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada – Extremadamente recomendable
- D. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas e informes de comité de expertos – Ni recomendable ni desaconsejable.
- E. Ninguna de las anteriores.

9. Para que la implementación de la EBE en la clínica sea efectiva, debe:

- A. Tener en cuenta las características de los pacientes, de los profesionales inmersos y el lugar donde se debe llevar a cabo el cambio.
- B. Establecer acuerdos de gestión y supervisión con el servicio
- C. Verificar qué recursos se necesitan y cuándo.
- D. Determinar las posibles dificultades y cómo pueden minimizarse.
- E. Todas las anteriores.

10. Con respecto a la evaluación y monitoreo, es cierto que:

- A. Tienen como objetivo aumentar la efectividad y la utilidad de los programas de mejora de la calidad de salud.
- B. La evaluación se realiza teniendo en cuenta solo los procesos y la estructura.
- C. La monitorización de la EBE se lleva en la etapa final del proceso.
- D. La evaluación de la calidad, nos informa del nivel de servicios que se proporcionan, y va unida a la mejora de la calidad garantizando así que los cuidados que se ofrecen sean los mejores y más adecuados a los pacientes.
- E. A y D son ciertas.

**“ACTITUD SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA
EN ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS CLÍNICA INTERNACIONAL.
LIMA - 2015”**

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una X, según crea conveniente

Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La EBE me permite aplicar la mejor evidencia científica al cuidado que brindo.					X
Siento que la EBE me ayuda a tomar decisiones clínicas para dispensar cuidados de calidad.					X
Frente a alguna circunstancia en la cual tengo dudas al respecto, siento que es importante realizar una pregunta clínica que me permita buscar evidencia científica.					X
Puedo acceder fácilmente a una base de datos o revista científica sobre mi especialidad.					X
Me resulta fácil la lectura y la interpretación de los resultados de los estudios de investigación que leo.					X
He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia científica al respecto.					X
La EBE es importante para brindar cuidados de calidad así como para el desarrollo profesional.					X
Me aferro a prácticas que he adquirido durante mi experiencia profesional.	X				
La aplicación de la EBE es difícil en la práctica diaria de la enfermería.	X				
La EBE minimiza la experiencia clínica de los enfermeros.	X				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” Clínica Internacional. Lima – 2015.** Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado Enfermero(a): La investigadora del estudio para el cual UD. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de la investigación, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

ATTE. Lic. Lourdes Gabriela Quispe Ticona

Autora del Estudio

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ							TOTAL P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Si = 1 No = 0

Si el valor de $P < 0.05$ por lo tanto la concordancia es significativo.

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
9	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

ANEXO E

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

CONOCIMIENTO SOBRE EBE

1. CONFIABILIDAD:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kunderson (KR20) cuya fórmula es:

$$KR\ 20 = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum p_{iqi}}{PQ} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

p_{iqi} : varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

Datos

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total
1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7
2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8
3	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	6
4	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
5	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	6
6	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	6
7	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	7
8	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	6
9	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
11	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	6
12	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	7
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8
14	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	6
15	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	7
16	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6
17	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
18	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	7
19	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7
20	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	7
total	13	14	17	12	10	17	12	17	19	6	
p	0,65	0,70	0,85	0,60	0,50	0,85	0,60	0,85	0,95	0,30	
q	0,35	0,30	0,15	0,40	0,50	0,15	0,40	0,15	0,05	0,70	
pq	0,23	0,21	0,13	0,24	0,25	0,13	0,24	0,13	0,05	0,21	1,81
PQ	15,567										

Remplazando valores donde $K=10$ $\sum p_{iqi} = 1,81$ y $PQ = 15,567$

$$\alpha = \frac{10}{10 - 1} \left(1 - \frac{1,81}{15,567} \right) = 0.90$$

El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.90 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

2. VALIDEZ:

2.1 VALIDEZ DE CONTENIDO:

El coeficiente de correlación biserial puntual se utiliza cuando queremos conocer la correlación existente entre dos variables, de las cuales una ha sido medida en escala de intervalos y la otra resulta ser una variable dicotómica. Generalmente, el coeficiente de correlación biserial puntual se denota mediante la expresión r_{bp} . Las fórmulas, ambas equivalentes, que permiten el cálculo del coeficiente de correlación biserial puntual entre una variable X, medida en escala de intervalos, y una variable dicotómica Y son las siguientes:

$$r_{bp} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}}{S_x} \sqrt{\frac{p}{q}} ; \quad r_{bp} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}_q}{S_x} \sqrt{p \cdot q}$$

Donde:

p es la proporción de sujetos con una de las dos modalidades posibles de la variable Y.

q es la proporción de sujetos con la otra modalidad.

\bar{X}_p es la media en X de los sujetos cuya proporción es p.

\bar{X}_q es la media en X de los sujetos cuya proporción es q.

\bar{X} es la media en X de todos los sujetos.

s_x es la desviación típica en X de todos los sujetos.

En conclusión, teniendo en cuenta que correlaciones mayores de 0,20 demuestran validez de contenido en cada ítem, se puede

aseverar que el cuestionario y cada ítem son válidos en su contenido.

Item	rbp		Item	rbp
1	0,54		6	0,54
2	0,26		7	0,36
3	0,54		8	0,54
4	0,35		9	0,28
5	0,54		10	0,65

2.2 VALIDEZ DE CRITERIOS:

Se aplicó el test de Kappa:

Ho: No existe concordancia entre los expertos y los criterios presentados en la evaluación del cuestionario aspectos cognitivos

H1: Existe concordancia entre los expertos y los criterios presentados en la evaluación del cuestionario aspectos cognitivos

Nivel de significación 0.05

Estadístico de prueba:

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada (b)	Sig. aproximada
Medida de Kappa acuerdo	0,73	,328	2,733	,002
N de casos válidos	34			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Regla de decisión:

-Si P menor de 0.05 rechazar Ho **-Si P mayor** de 0.05 aceptar Ho

Conclusión:

Dado que $P=0.002$ es menor que 0.05 se rechaza H; por lo tanto existe concordancia entre los expertos y los criterios presentados en la evaluación del cuestionario aspectos cognitivos

1.2 PRUEBA DE CONCORDANCIA: TABLA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS PARA ASPECTOS COGNITIVOS SOBRE EBE:

TABLA DE PROBABILIDADES ASOCIADAS CON VALORES TAN PEQUEÑOS COMO LOS VALORES OBSERVADOS DE X EN LA PRUEBA BINOMIAL

En el cuerpo de esta tabla se dan probabilidades de una cola conforme a H_0 para la prueba binomial cuando $P = R = \frac{1}{2}$. Para ahorrar espacio se omitieron los puntos decimales en las p.

Jueces	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	031	388	500	812	987						
6	010	109	344	056	801	984					
7	008	062	227	500	773	938	992				
8	004	035	145	363	637	855	965	996			
9	002	020	090	254	500	740	910	980	998		
10	001	011	055	172	377	623	828	945	989	999	
11		006	033	113	274	500	720	887	967	994	
12		003	019	073	104	387	613	806	927	981	997
13		002	011	046	133	291	500	709	867	954	989
14		001	006	029	090	212	395	605	788	910	971
15			004	018	050	151	304	500	696	849	941
16			002	011	038	105	227	402	508	773	895
17			001	006	025	072	166	315	500	685	834
18			001	004	015	048	119	240	407	593	760
19				002	010	032	084	180	324	500	676
20				001	006	021	058	132	252	412	588
21				001	004	013	039	095	192	332	500
22					002	008	026	067	143	262	416
23					001	005	017	047	105	202	339
24					001	003	011	032	076	154	271
25						002	007	022	054	115	212

Tomada de la Tabla IV B. De Walker Helen y Lev J. 1953 Inferencia Estadística Nueva York pág. 458 con el amable permiso de los autores y editores

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE ACTITUD FRENTE A EBE

1. CONFIABILIDAD:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 enfermeras (os) y se midió con el coeficiente de confiabilidad de alpha de combrach cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum si^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

K: Número de ítems

si²: varianza muestral de cada ítems

ST²: varianza del total de puntaje de los ítems

Datos

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8(-)	P9(-)	P10(-)	
1	5	4	4	2	4	4	5	4	4	5	41
2	4	4	5	3	4	4	5	3	3	4	39
3	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	42
4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	38
5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	3	45
6	5	5	5	5	4	4	4	3	2	2	39
7	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	41
8	5	5	4	2	3	3	4	2	2	3	33
9	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	42
10	4	4	3	3	3	4	4	2	2	2	31
11	4	4	3	3	4	3	5	4	4	4	38
12	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	44
13	5	5	4	4	4	5	4	3	3	3	40
14	4	5	4	3	4	4	5	4	4	4	41
15	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	42
16	3	2	3	2	4	3	4	2	2	2	27
17	5	5	4	4	4	3	4	3	4	4	40
18	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	43
19	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	34
20	4	5	5	3	4	4	5	4	3	4	41
suma	88	87	81	69	81	78	88	71	67	71	
si ²	0,46	0,66	0,37	0,68	0,26	0,41	0,25	0,79	0,66	0,79	5,33
ST ²	66,54										

Remplazando valores donde K=10 $\sum si^2 = 5,33$ y $St^2 = 66,54$

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left(1 - \frac{5,33}{66,54} \right) = 0.99$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 20 enfermeras. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia

interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.99 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable

2. VALIDEZ

2.1 VALIDEZ DE CONTENIDO:

Para la validez de contenido se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson. Es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos de razón.

Se simboliza = R

$$R^2 = \frac{\sum XiY - \sum Xi \sum Y}{\sqrt{(N \sum Xi^2 - (\sum xi)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

X: Puntaje de cada ítem

Y: Puntaje de la suma de cada ítem

	Correlación			Correlación
ítem 1	0,34		ítem 6	0,84
ítem 2	0,66		ítem 7	0,36
ítem 3	0,94		ítem 8	0,54
ítem 4	0,55		ítem 9	0,28
ítem 5	0,34		ítem 10	0,65

Correlaciones mayores de 0,20 existe validez de contenido en cada ítem.

VALIDEZ DE CRITERIO: *Test de Kappa*

Ho: No existe concordancia entre los expertos y los criterios presentados en la evaluación del cuestionario actitud

H1: Existe concordancia entre los expertos y los criterios presentados en la evaluación del cuestionario actitud

Nivel de significación 0.05

Estadístico de prueba

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. (a)	T aproximada (b)	Sig. aproximada
Medida de Kappa acuerdo N de casos válidos	0,89 34	,754	5,324	,001

a: Asumiendo la hipótesis alternativa.

b: Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Regla de decisión:

Si P menor de 0.05 rechazar Ho

Si P mayor de 0.05 aceptar Ho

Conclusión: Dado que $P=0.001$ es menor que 0.05 se rechaza Ho, por lo tanto se concluye que existe concordancia entre los expertos y los criterios presentados en la evaluación del cuestionario actitud.

2.2 TABLA DE CONCORDANCIA: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS PARA ACTITUDES SOBRE EBE

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
8	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
10	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.: 1 (SI) 0 (NO)

TABLA DE PROBABILIDADES ASOCIADAS CON VALORES TAN PEQUEÑOS COMO LOS VALORES OBSERVADOS DE X EN LA PRUEBA BINOMIAL

En el cuerpo de esta tabla se dan probabilidades de una cola conforme a H_0 para la prueba binomial cuando $P = R = \frac{1}{2}$. Para ahorrar espacio se omitieron los puntos decimales en las p.

Jueces	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	031	388	500	812	987						
6	010	109	344	056	801	984					
7	008	062	227	500	773	938	992				
8	004	035	145	363	637	855	965	996			
9	002	020	090	254	500	740	910	980	998		
10	001	011	055	172	377	623	828	945	989	999	
11		006	033	113	274	500	720	887	967	994	
12		003	019	073	104	387	613	806	927	981	997
13		002	011	046	133	291	500	709	867	954	989
14		001	006	029	090	212	395	605	788	910	971
15			004	018	050	151	304	500	696	849	941
16			002	011	038	105	227	402	508	773	895
17			001	006	025	072	166	315	500	685	834
18			001	004	015	048	119	240	407	593	760
19				002	010	032	084	180	324	500	676
20				001	006	021	058	132	252	412	588
21				001	004	013	039	095	192	332	500
22					002	008	026	067	143	262	416
23					001	005	017	047	105	202	339
24					001	003	011	032	076	154	271
25						002	007	022	054	115	212

Tomada de la Tabla IV B. De Walker Helen y Lev J. 1953 Inferencia Estadística Nueva York pág. 458 con el amable permiso de los autores y editores

ANEXO H

LIBRO DE CÓDIGOS Y MATRIZ DE DATOS

LIBRO DE CÓDIGOS:

I. DATOS GENERALES:

EDAD	CÓDIGO
25-35 años	1
36-45 años	2
46-55 años	3
> 56 años	4

SEXO	CÓDIGO
Femenino	1
Masculino	2

ESPECIALIDAD	CÓDIGO
Unidad de Cuidados Intensivos	1
Otra especialidad	2

EXPERIENCIA EN UCI	CÓDIGO
<1 años	1
1-5 años	2
6-10 años	3
10-20 años	4
>20 años	5

II. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EBE:

CORRECTA: 1 INCORRECTA 0

P1	VALOR
A	1
B	0
C	0
D	0
E	0
P2	VALOR
A	1
B	0
C	0
D	0
E	0
P3	VALOR
A	0
B	0
C	0
D	0
E	1
P4	VALOR
A	1
B	0
C	0
D	0
E	0
P5	VALOR
A	0
B	0
C	0
D	1
E	0
P6	VALOR
A	1
B	0
C	0
D	0
E	0
P7	VALOR
A	0
B	1
C	0
D	0
E	0

P8	VALOR
A	0
B	0
C	1
D	0
E	0

P9	VALOR
A	0
B	0
C	0
D	0
E	1

P10	VALOR
A	0
B	0
C	0
D	0
E	1

III. ESCALA DE ACTITUD FRENTE A LA EBE

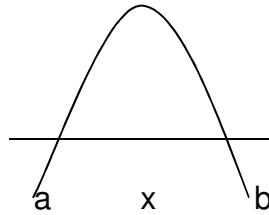
(+)	TD:1	ED:2	I:3	DA: 4	TD: 5
(-)	TD:5	ED:4	I:3	DA: 2	TD: 1

ENUNCIADOS	VALOR				
	TD	ED	I	DA	TDA
ENUNCIADO 1	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 2	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 3	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 4	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 5	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 6	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 7	1	2	3	4	5
ENUNCIADO 8	5	4	3	2	1
ENUNCIADO 9	5	4	3	2	1
ENUNCIADO 10	5	4	3	2	1

ANEXO G

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ACTITUD

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estandones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t}$

Media :
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media	39,3
Desv. típ.	4,3

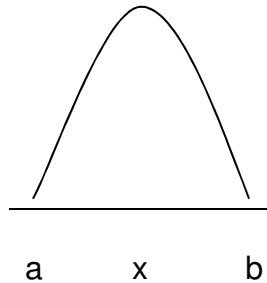
$$a = 39,3 - 0.75 (4,3) = 36$$

$$b = 39,3 + 0.75 (4,3) = 42$$

Desfavorable	<36
Indiferente	36 a 42
Favorable	>42

IMPORTANCIA DE LA EBE

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t}$

Media:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media	12,9
Desv. típ.	1,6

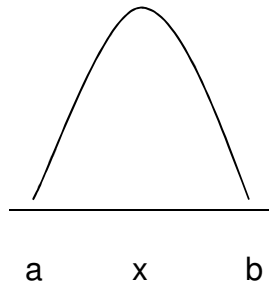
$$a = 12,9 - 0.75 (1,6) = 12$$

$$b = 12,9 + 0.75 (1,6) = 14$$

Desfavorable	<12
Indiferente	12 a 14
Favorable	>14

APLICABILIDAD EN LA PROFESIÓN

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación estándar: $S = \sqrt{s^2_t}$

Media:
$$\overline{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media	6,9
Desv. típ.	1,5

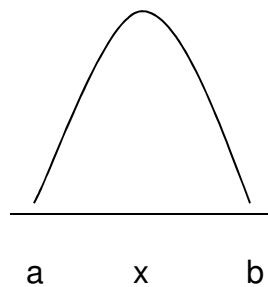
$$a = 6,9 - 0,75 (1,5) = 6$$

$$b = 6,9 + 0,75 (1,5) = 8$$

Desfavorable	<6
Indiferente	6 a 8
Favorable	>8

FASES DE LA EBE

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t}$

Media:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media	19,5
Desv. típ.	2,2

$$a = 19,5 - 0.75 (2,2) = 18$$

$$b = 19,5 + 0.75 (2,2) = 21$$

Desfavorable	<18
Indiferente	18 a 21
Favorable	>21

ANEXO H

TABLAS ADICIONALES

**TABLA 1. DATOS GENERALES
ENFERMEROS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
CLÍNICA INTERNACIONAL 2015**

DATOS GENERALES	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
25 a 35 años	23	48,9
36 a 45 años	13	27,7
46 a 55 años	7	14,9
Mayor 56 años	4	8,5
Total	47	100
SEXO		
Femenino	33	70,2
Masculino	14	29,8
Total	47	100
ESPECIALIDAD		
Unidad de Cuidados Intensivos	39	83,0
Otra especialidad	8	17,0
Total	47	100
EXPERIENCIA		
1-5 años	30	63,8
6-10 años	12	25,5
10-20 años	1	2,1
>20 años	4	8,5
Total	47	100

**TABLA 2. CONOCIMIENTO SOBRE EBE EN LOS
ENFERMEROS DE LA UCI DE CLÍNICA INTERNACIONAL
LIMA 2015**

CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Desconoce	30	63,8	63,8	63,8
Conoce	17	36,2	36,2	100,0
Total	47	100,0	100,0	

**TABLA 3. ACTITUD FRENTE A EBE EN LOS ENFERMEROS
DE LA UCI DE CLÍNICA INTERNACIONAL
LIMA 2015**

ACTITUD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Desfavorable	8	17,0	17,0	17,0
Indiferente	32	68,1	68,1	85,1
Favorable	7	14,9	14,9	100,0
Total	47	100,0	100,0	

**TABLA 4. CONOCIMIENTOS SEGÚN INDICADORES POR
DIMENSIONES**

		Conocimientos			
		f(x)		p(x)	
		Conoce	Desconoce	Conoce	Desconoce
Definición	P1	30	17	63.83%	36.17%
Importancia	P2	32	15	68.09%	31.91%
Beneficio	P3	38	9	80.85%	19.15%
Fase	P4	27	20	57.45%	42.55%
	P5	22	25	46.81%	53.19%
	P6	40	7	85.11%	14.89%
	P7	28	19	59.57%	40.43%
	P8	41	6	87.23%	12.77%
	P9	45	2	95.74%	4.26%
	P10	32	15	68.09%	31.91%

**TABLA 5. ACTITUDES SEGÚN INDICADORES POR
DIMENSIONES**

Actitud						
	f(x)			p(x)		
	Favorable	Indiferente	Desfavorable	Favorable	Indiferente	Desfavorable
Importancia	E1	42	5	0	89.36%	10.64%
	E2	43	2	2	91.49%	4.26%
	E7	47	0	0	100.00%	0.00%
	E3	41	6	0	87.23%	12.77%
	E4	27	13	7	57.45%	27.66%
Fases	E5	43	4	0	91.49%	8.51%
	E6	37	10	0	78.72%	21.28%
	E8	6	12	29	12.77%	25.53%
	Aplicabilidad	9	12	26	19.15%	25.53%
	E9	9	12	26	19.15%	25.53%